

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GANGLIONS TUBERCULEUX DU COU
ET DE
LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 28 Novembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Jean-Paul LAVIGNE

Né à Tarbes (Hautes-Pyrénées), le 16 février 1885.

Ex-Préparateur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Nancy.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. SPILLMANN	professeur...	} <i>Président.</i>
		MEYER	professeur...	
		LAMBERT	agrégé.....	} <i>Juges.</i>
		SENCERT	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

—
1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GANGLIONS TUBERCULEUX DU COU
ET DE
LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 28 Novembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Jean-Paul LAVIGNE

Né à Tarbes (Hautes-Pyrénées), le 16 février 1885.

Ex-Préparateur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Nancy.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

{	MM. SPILLMANN	professeur...	Président.	
	MEYER	professeur...	{	
	LAMBERT	agrégé.....		Juges.
	SENCERT	agrégé.....		

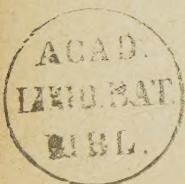
Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1911



FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O *, I U.

Assesseur : M. WEISS, *, I U.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, *, I U., NICOLAS, I U., PRENANT, I U.,
BERNHEIM, O *, I U.

Professeurs.

Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, O *, I U.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER *, I U.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I U.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS *, I U.
Chimie médicale et toxicologie....	M. GARNIER, I U.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I U.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT *, I U.
Hygiène.....	M. MACÉ, I U.
Clinique médicale.....	M. SCHMITT, I U.
Physiologie.....	M. MEYER, *, I U.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I U.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I U.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I U.
Médecine légale.....	M. PARISOT, I U.
Clinique des maladies des enfants....	M. HAUSHALTER, I U.
Histologie.....	M. BOUIN, I U.
Anatomie descriptive.....	M. ANGEL, A U.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHE, I U.

Professeurs-adjoints.

Clinique d'électrothérapie (1).....	M. GUILLOZ, *, I U.
Pathologie externe.....	M. VAUTRIN, I U.

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique des maladies des vieillards...	M. ETIENNE, I U., agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, A U., agrégé libre.
Accouchements.....	M. SCHUHL, I U., agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1).....	M. FROELICH, I U., agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)...	M. JACQUES, I U., agrégé libre.
Clinique des voies urinaires (1).....	M. ANDRÉ, I U., agrégé libre.
Clinique des maladies mentales.....	M. PARIS, I U.
Cours de médecine opératoire.....	M. MICHEL, I U., agrégé.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. ZILGIEN, I U., ag. lib., ch. du cours

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, *, I U.	MM. COLLIN, A U.	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I U.	DUFOUR, A U.	LUCIEN, A U.
RICHON, A U.	SENCERT, A U.	BINET.
G. GROSS, A U.	ROBERT, A U.	PERRIN, A U.
FRUHINSHOLZ, A U.		

Agrégés libres

MM. REMY, A U., FÉVRIER, O *, I U., ETIENNE, I U., ZILGIEN, I U., FROELICH, I U.,
SCHUHL, I U., JACQUES, I U., ANDRÉ, I U., MICHEL, I U., L. SPILLMANN, I U.

M. P. LAMBERT DES CILLEULS, *, M, I U., Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui
sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et
qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

*A la mémoire de mon ami si regretté
René Cantillon de Tramont.*

A MES PARENTS

Faible témoignage d'une bien profonde affection,

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A mon Président de Thèse
et à mon Maître

MONSIEUR LE PROFESSEUR SPILLMANN
MEMBRE ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Témoignage de respectueuse et inaltérable
reconnaissance.*

AVANT-PROPOS

C'est un plaisir pour nous, avant d'aborder le sujet de notre thèse, de suivre la vieille tradition qui veut, au moment de quitter cette Faculté où il a passé peut être les plus heureuses années parmi les plus belles de sa vie, que tout étudiant, rappelle à ses maîtres, que le souvenir de leurs enseignements magistraux et de leurs bienveillantes exhortations, sera de ceux que le temps n'efface pas.

Nous sommes heureux que cet usage nous permette de dire un au revoir ému à ceux de nos professeurs qui s'intéressent particulièrement à nous, à quelques-uns de nos compagnons d'études aussi dont nous eûmes le bonheur de faire des amis.

Fier de la confiance qu'il nous témoigna en nous confiant de ses malades, touché de ses conseils si amicaux, de sa bienveillante indulgence à notre égard, de l'intérêt qu'il nous prodigua, non seulement pendant les années où nous fûmes attachés à son service, mais durant toutes nos études médicales, fier de l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui en présidant notre thèse,

nous ne saurions assez remercier notre maître, *M. le professeur Spillmann*. Qu'il soit assuré, en échange de cet affectueux et constant intérêt qu'il nous témoigna, de notre attachement le plus profond et le plus respectueux.

M. le professeur Meyer, dont nous fûmes le préparateur pendant deux années, resta pour nous un maître plein de cordiale bienveillance. Honoré d'avoir été son élève, nous sommes heureux de lui redire encore une fois merci en le priant d'agréer nos sentiments de respectueuse et vive gratitude.

M. le professeur agrégé Lambert fut également notre maître pendant ces deux années de laboratoire pendant lesquelles il sut nous attacher à lui par sa simplicité amicale. Nous l'en remercions bien sincèrement.

Quant à *M. le docteur Jeandelize*, à ce moment chef de travaux pratiques, nous n'oublierons jamais sa douceur et son affabilité.

Et puisque nous parlons de ce laboratoire où nous passâmes deux années si heureuses, nous en profitons pour dire un mot de celui qui pour une grande part nous les rendit telles : L'amitié seule prouve un bonheur véritable et solide, le *docteur Dautrey* a su nous le montrer, nous nous en souviendrons toujours.

Plein d'admiration pour *M. le professeur Herrgott* nous sommes heureux de rendre hommage plus encore à la droiture absolue et à la distinction parfaite de l'homme, qu'à la si grande compétence de ce maître aimé.

Les relations affectueuses qu'eut avec nous *M. le*

professeur agrégé Fröhlinsholz ont laissé une empreinte ineffaçable. Qu'il soit assuré de notre respectueuse et bien vive sympathie.

Que *M. le professeur agrégé Sencert*, dont nous admirâmes si souvent la sûreté opératoire et la précision du diagnostic, soit assuré de notre profonde reconnaissance : il sût nous faire profiter de précieux enseignements par ses qualités éminentes de clinicien et d'opérateur, et nous témoigna toujours un amical intérêt auquel nous resterons toujours bien sensible.

M. le professeur Haushalter nous conquit par sa cordiale et bienveillante indulgence ; nous n'aurons garde de l'oublier pas plus que nous n'oublierons ses cliniques et ses enseignements magistraux, nous sommes heureux de lui redire notre vive reconnaissance.

MM. les professeurs agrégés Michel et L. Spillmann nous témoignèrent eux aussi une sympathie que nous leur rendons respectueusement, en les priant d'agréer nos sentiments de gratitude infinie.

Nous remercions vivement *M. le docteur Mathieu*, préparateur de physiologie, de la bienveillance qu'il a mise à prendre pour nous des épreuves photographiques. Nous nous rappellerons toujours avec plaisir de sa franche et si cordiale camaraderie.

Nous n'aurons garde d'oublier dans nos remerciements *M. le docteur Calot* qui nous reçut au cours de quatre années consécutives avec une grande bienveillance, à l'Institut orthopédique de Berck.

M. le docteur Loze, de Berck, voulut bien s'occuper de notre thèse. Ses conseils nous furent précieux, il nous les prodigua sans compter ; nous le remercions

bien vivement pour la sympathie qu'il nous témoigna et aussi et surtout pour avoir su nous montrer (ce que nous avons appris auprès de nos maîtres de la Faculté) que le rang que le médecin occupe, c'est à son honnêteté et à sa droiture qu'il le doit.

Nous nous souviendrons enfin toujours avec une vive reconnaissance de l'accueil si cordial que nous firent cette année *M. le docteur Ménard*, de Berck, et *MM. les docteurs Andrieu et Calvé*, chirurgiens assistants de l'hôpital maritime de Berck. Qu'ils veuillent recevoir l'hommage de notre vive gratitude.

Nous tenons également à ajouter un mot à la mémoire de celui qui, pendant nos années d'étudiant, par ses conseils si cordiaux, par ses touchantes attentions, par ses exhortations si affectueuses, fut pour nous un ami tout paternel. Notre joie aurait été de lui dédier cette thèse, bien modeste et faible témoignage d'une reconnaissance infinie. Le sort en a décidé autrement. Le souvenir du *docteur Reibel* n'en persistera pas moins à jamais dans notre cœur.

Nous disons enfin nos meilleurs souvenirs à nos amis et à tous nos compagnons d'études : A *M. Georges Heïd*, qui partagea les joies, les rêves et les illusions de notre jeunesse ; au *docteur Walser*, qui fut avec le *docteur Dautrey* notre meilleur ami d'études. Nous les remercions de cette amitié dont ils nous firent profiter sans compter, ils peuvent être assurés à jamais de la nôtre.. A eux comme aux quelques-uns qui furent de vrais camarades pour nous, nous transmettons nos vœux de réussite et de bonheur.

INTRODUCTION

Après la période où on la désignait sous le nom d' « écouelle », période qui va dans notre histoire de Clovis jusqu'au règne de Charles X et pendant laquelle les rois de France s'attribuaient le pouvoir de la guérir par le toucher seul, l'adénite tuberculeuse fut successivement appelée : « ganglion strumeux » et « scrofule ganglionnaire ».

Ce fut vers 1830 que, pour la première fois, furent soulevées les discussions de doctrines sur les tubercules externes en général et sur les ganglions bacillaires en particulier.

Jusqu'au début du siècle dernier elles constituèrent la part prédominante de la scrofule, les adénites tuberculeuses qui furent classées comme telles grâce aux travaux de Bayle, Laënnec et Lebert ; mais dans le cas seulement où elles étaient secondaires à une autre manifestation tuberculeuse. Quant aux autres, celles qui apparaissaient spontanément, elles ne cessaient de servir de prétexte aux discussions et aux

débats, jusqu'au jour où grâce à l'anatomie pathologique, aux inoculations et à la bactériologie, on put leur mettre l'étiquette de « tuberculose ».

En 1868, Villemin fait connaître que les « écrouelles » n'étaient que des tuberculoses locales.

Schuppel, en 1871, et Thaon font ressortir leur ressemblance histologique avec les ganglions nettement tuberculeux.

Koch, en 1882, découvre le bacille tuberculeux qu'il rencontre deux fois sur trois dans les cellules géantes des ganglions « scrofuleux ».

Schuchard et Krause confirment ces faits.

Enfin, Cornil et Babès trouvent dans les ganglions des bacilles libres ou contenus dans les cellules géantes.

Depuis cette époque les travaux sont poursuivis d'une façon à peu près ininterrompue :

De 1894 à 1910 sur le traitement général et le traitement local des adénopathies tuberculeuses.

De 1895 à 1907 sur leur traitement chirurgical.

En 1896 sur les ganglions en rapport avec les dents cariées.

De 1898 à 1910 sur la radiographie et la radiothérapie dans la tuberculose ganglionnaire.

En 1901 sur son traitement par le cacodylate de soude.

De 1901 à 1904 sur la tuberculose ganglionnaire au bord de la mer et sur l'influence des bains de mer sur la scrofule.

En 1905 sur le traitement conservateur, sur l'héliothérapie et sur le traitement par les eaux de Salies-

de-Béarn, Salins et des différentes eaux chlorurées, sodiques et arsenicales.

En 1907 sur le traitement par la tuberculine.

En 1908 « sur la conduite à tenir devant un ganglion tuberculeux ».

Ajoutons à cette longue énumération une quantité innombrable d'articles parus sur l'adénite tuberculeuse et l'on pourra se rendre compte de la difficulté qu'il y a à faire un travail original sur ce thème étudié par tant d'auteurs.

Néanmoins il nous a paru intéressant de reprendre ce sujet, d'en faire une étude aussi complète que possible, et, profitant des travaux antérieurs, de discuter la valeur respective des différents traitements préconisés jusqu'à ce jour.

Nous n'étudierons ici que l'adénite tuberculeuse cervicale, car si au point de vue histologique elle ne diffère pas des adénites bacillaires des autres régions, elle offre, nous semble-t-il, un intérêt particulier au point de vue du traitement. « Les adénites cervicales, écrit M. Calot, sont certainement moins graves par elles-mêmes que par les stigmates si disgracieux qu'elles laissent si souvent après elles ; stigmates auxquels on attache dans le monde une signification si fâcheuse. « Toute cicatrice du cou disqualifie irrémédiablement une femme ». (Berger, Congrès de chir., 1901.) L'objectif des praticiens devrait être par conséquent de tout faire pour éviter la cicatrice ». (Calot, Orthop. indispensable.)

Et cette cicatrice, ainsi que nous le verrons au chapitre Traitement, peut presque toujours être évitée.

Nous avons divisé notre travail en trois chapitres.

Dans le premier, après une définition, nous disons quelques mots sur la situation anatomique des adénites cervicales, de leur structure anatomo-pathologique aux différents stades de leur évolution. Nous rappelons ensuite les modes d'inoculation, l'étiologie, les données cliniques ; enfin, après avoir discuté le diagnostic, nous envisageons leur évolution.

Dans le chapitre II, nous nous occupons du traitement. Le traitement, à notre avis, a une importance primordiale de par les conséquences qui peuvent en résulter. Nous avons insisté sur la nécessité absolue d'un traitement général et après exposé des différentes interventions locales, nous avons essayé de faire ressortir les avantages d'un traitement conservateur.

Dans le chapitre III enfin, nous avons étudié les complications et leurs causes, pour finir par la discussion du pronostic.

CHAPITRE PREMIER

DEFINITION

L'adénite cervicale est l'aboutissant de l'inflammation d'un ou de plusieurs ganglions de la chaîne carotidienne sous l'influence du bacille de Koch ou de ses toxines.

Quelques mots d'anatomie topographique

Pour bien fixer les idées sur la situation de cette chaîne carotidienne, il nous semble utile de repasser très rapidement l'anatomie topographique du cou au point de vue qui nous intéresse.

Le cou est une région très riche en vaisseaux et ganglions lymphatiques en plus de ceux qui lui sont propres, les vaisseaux lymphatiques des régions voisines viennent s'y collecter. Au cou, en effet, aboutissent le canal lymphatique et la grande veine lymphatique.

tique occupant la partie la plus interne de la région sus-claviculaire.

1° Les ganglions du cou peuvent se diviser en deux groupes :

— Un premier, le groupe postérieur comprenant les ganglions sous-occipitaux.

— Un deuxième, le groupe antéro-latéral avec les ganglions sous-hyoïdiens latéraux et médians, sous-hyoïdiens, carotidiens, sus-claviculaires et rétro-pharyngiens.

2° On peut encore classer les ganglions cervicaux en deux catégories selon qu'ils sont superficiels ou profondément situés.

— Les premiers, d'après Theile, au nombre de quatre ou six sont répartis sur la face externe du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, le long du bord postérieur de ce muscle et dans la partie inférieure de l'espace sus-claviculaire ; ils semblent se grouper autour de la veine jugulaire externe et sont recouverts par l'aponévrose cervicale superficielle et par le peaucier.

Les ganglions cervicaux profonds beaucoup plus nombreux, de vingt à trente, d'après Theile, placés au-dessous du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, sur les faces latérales du pharynx et de l'œsophage, forment le long de la jugulaire interne, une chaîne continue occupant toute la hauteur du cou.

Les vaisseaux lymphatiques de la tête et des organes du cou vont à ces ganglions, d'où partent les lymphatiques efférents. Ces derniers se dirigent de haut en bas après avoir traversé les ganglions.

S'anastomosant entre eux, ils forment un réseau assez complexe et se réunissant à la manière des veines en troncs de plus en plus importants, ils arrivent à l'espace angulaire formé par le confluent des veines jugulaire interne et sous-clavière. Ils sont à cet endroit, réduits à trois ou quatre troncs allant s'ouvrir à gauche dans le canal thoracique qui s'abouche dans la veine sous-clavière gauche.

A droite, dans la grande veine lymphatique qui s'abouche dans la veine sous-clavière droite.

En résumé, *le système lymphatique du cou est remarquable par sa complexité, par le grand nombre de ganglions et leur situation sous-aponévrotique.*

Anatomie pathologique

Les ganglions atteints par l'infection tuberculeuse, peuvent rester petits. C'est ce qui produit en particulier le symptôme connu sous le nom de micro-poly-adénopathie où l'on perçoit disséminés sous le tégument, une grande quantité de petits ganglions, roulant sous le doigt, durs et du volume d'un grain de plomb à celui d'un haricot.

Ils peuvent, au contraire s'hypertrophier ; il est intéressant de remarquer que dans ce cas, la règle pour les ganglions carotidiens est la suivante : *ils sont d'autant plus volumineux qu'ils siègent plus haut dans la région cervicale.* C'est ce que montre le dessin que nous avons fait d'une pièce préparée par M. le docteur Andrieu, à l'hôpital maritime de Berck. (*Planche 1.*)

Le ganglion infecté par le bacille de Koch passe par différentes périodes. Dans un premier stade, l'aspect à la coupe est uniforme, grisâtre, un peu granuleux, avec quelques striations hémorragiques. Le ganglion n'est pas ou presque pas augmenté de volume.

Puis la glande s'hypertrophie et alors la surface de section est rouge ou au contraire décolorée ; généralement il est plus consistant que le ganglion normal.

Parfois le ganglion infecté prend des dimensions énormes (*forme pseudo-lymphomateuse*). Il peut rester dans cet état.

Dans la majorité des cas, apparaissent des granulations tuberculeuses, pendant la formation desquelles le ganglion peut grossir beaucoup ou au contraire ne pas subir de grandes modifications de volume. A la coupe, il est d'un blanc rosé, présentant au voisinage de sa capsule de petites granulations isolées ou confluentes (*nodules tuberculeux*). Les granulations finissent par confluer pendant que s'épaissit et se fibrose le tissu conjonctif périadénique formant ainsi une coque dure à travers laquelle on perçoit à la palpation, une sensation de mollesse. C'est le stade de la caséification caractérisée à la coupe par des vacuoles pleines de matière épaisse de coloration jaunâtre.

Ce caséum se liquéfie, se résolvant en un pus jaune parfois crémeux, plus généralement mal lié, parfois gumeux, contenant même dans certains cas, des débris calcaires. Cette période (*p. de suppuration*), constitue ou bien, un véritable abcès froid ganglion-



Les plus gros ganglions sont situés le plus haut, ce qui indique une infection primitive par la muqueuse rhino-naso-pharyngée. C'est ce qu'on observe le plus généralement.

naire si elle n'est due qu'au bacille de Koch seul, ou bien un abcès phlegmoneux s'il y a infection concomitante par les microbes pyogènes vulgaires.

Ce n'est pas là toutefois l'aboutissant fatal de toute adénite tuberculeuse, car, soit spontanément, soit à la faveur d'une thérapeutique efficace, cette évolution peut s'arrêter à un des stades antérieurs, ou être modifiée.

1° Par la formation de périadénite (réaction inflammatoire du conjonctif sous forme d'une gangue fibreuse enrobant les ganglions infectés).

2° Par la *transformation fibreuse* du ou des ganglions. Cette transformation fibreuse qui résulte semble-t-il d'une inflammation interstitielle chronique, peut se produire à tous les stades précédant le ramollissement.

3° Par la *transformation calcaire* apparaissant soit au centre même des cellules géantes, soit dans les masses caséuses et dans les cloisons fibreuses. Cette calcification est à rapprocher pour M. Soubeyran, « des corps calcaires de la rate ou de la gerbille d'Algérie qui sont des témoins de la lutte du bacille de Koch et de la cellule géante qui cherche à l'emmu-rer ». Il est plus probable que c'est un cas particulier d'une loi générale, à savoir : l'infiltration calcaire des parties mortifiées dans un organisme.

Citons pour mémoire, la *transformation kystique* ; elle est fort rare.

Il faut remarquer que bien souvent, lorsque les ganglions voisins arrivent au stade de ramollissement, ils confluent pour former une vaste cavité, une

caverne plus ou moins anfractueuse, contenant la matière caséuse ramollie.

La calcification et le ramollissement, s'il faut en croire les idées actuelles, ne sont que des formes particulières de la dégénérescence granulo-graisseuse.

Dans tous les cas, le bacille de Koch persiste au sein des ganglions, Lydia Rabinowitch, les retrouve même doués de toute leur virulence dans des ganglions calcifiés depuis longtemps.

Ce point est à noter pour établir qu'une thérapeutique pour être efficace, doit être poursuivie sans relâche pendant des semaines, des mois, parfois des années.

Modes d'infection et étiologie

Le système lymphatique joue un rôle important dans la protection de l'organisme contre le bacille tuberculeux ; beaucoup de bacilles qui ont pénétré par effraction les muqueuses ou le tégument cutané sont arrêtés par les ganglions correspondants qui limitent ainsi d'emblée l'infection.

Et si les bacilles peuvent parfois séjourner dans les ganglions sans y déterminer de réaction appréciable, ce qui est la question des tuberculoses occultes très à l'ordre du jour actuellement (recherches de MM. Brouardel, Pizzini, Briault, Arloing Orth, Deléarde.....), le plus souvent l'arrivée des bacilles détermine la formation d'une adénite.

L'adénite peut être primitive ; elle relève alors exclusivement d'un mauvais état général. Le sujet

est infecté par le bacille ou par ses toxines, sans qu'on ne trouve d'autre lésion bacillaire concomitante, sans qu'on ne constate de porte d'entrée apparente. Le sujet infecté fait de la tuberculose localisée à un ou plusieurs ganglions, comme un autre en fait aux poumons, à une articulation..... suivant l'état de réceptivité, l'état de moindre résistance de ces organes.

Les bacilles tuberculeux peuvent traverser la peau ou les muqueuses, sans y déterminer de lésions appréciables (Cornet, Cornil et Babès), pour former une adénite primitive ; mais le fait est exceptionnel.

Plus souvent, on pourrait dire toujours, l'adénite est secondaire ; elle est alors consécutive et c'est le cas le moins fréquent soit à une lésion cutanée, muqueuse ou viscérale manifestement tuberculeuse, soit à une lésion initiale telle que amygdales hypertrophiées, végétations adénoïdes (MM. Lermoyez et Dieulafoy), lésions dentaires, en particulier la carie (Starck), lésions du cuir chevelu, plaies de la tête ou du cou, affection du nez.....

D'autre part, et c'est la règle, les sujets porteurs de ganglions tuberculeux du cou ont aussi une adénopathie tuberculeuse des ganglions trachéo-bronchiques, consécutive elle-même le plus souvent à une lésion du poumon (loi de Parrot), quelquefois à une inoculation par la voie entéro-mésentérique.

La fréquence de la localisation tuberculeuse dans les ganglions déjà modifiés par une inflammation banale antérieure qui selon l'expression de Verneuil, fait le lit de la tuberculose, nous explique que le stru-

meux (dont le système lymphatique est prédisposé aux infections par suite d'impétigo ou de lésions cutanées), soit un terrain d'élection pour l'adénite tuberculeuse. Cette prédisposition tenant à l'existence de lésions antérieures, nous permet de comprendre certaines localisations en apparence anormales, telle par exemple, l'infection tuberculeuse d'un groupe ganglionnaire éloigné, alors que les ganglions voisins de la lésion tuberculeuse initiale sont épargnés.

L'adénopathie bacillaire peut enfin être une manifestation résultant de l'*inoculation directe* ; disons tout de suite que c'est l'exception, et nous ne citons que pour mémoire les ganglions tuberculeux consécutifs à l'écorchure que le coiffeur peut faire avec un rasoir ayant précédemment servi pour un visage porteur d'un lupus par exemple, à la plaie gingivale faite avec un davier souillé, à la piqûre du médecin au cours d'une autopsie, à l'incision chirurgicale avec des instruments infectés.

Mais si comme pour les autres affections médicales, tel sujet fera de la tuberculose ganglionnaire alors que tel autre placé dans des conditions identiques n'en fera point, et s'il est vrai que l'on ne sait, somme toute, pas grand'chose de la scrofule, ni au juste ce qu'elle est, ni ce qu'elle n'est pas, ni où elle commence, ni où elle finit, on n'est guère plus d'accord sur les causes qui la font naître. « Pour les cliniciens, tout ce qui peut être cause de faiblesse, peut être cause de scrofule. Oui, dit l'Ecole, mais quand cette cause s'adresse à un organisme spécial, disposé

ad hoc, quand le germe est confié à un terrain préparé ! Or, ce terrain préparé, c'est le terrain scrofuleux devenu un terrain de culture ! C'est donc toujours là l'inconnu du problème, le *quid ignotum* ? »

Il est cependant un certain nombre de causes qu'il faut citer, ne fut-ce que pour rappeler d'où viennent ces germes qui s'abattent sur un terrain scrofuleux. *Ce sont toutes les causes débilitantes provenant :*

1° *Des parents* viciés eux-mêmes par la scrofule ou la phtisie, par le rachitisme, le cancer, la syphilis... par les maladies originelles ou acquises et même en dehors de toute maladie proprement dite, par l'alcoolisme, la débauche, les mariages prématurés ou consanguins.....

Si l'hérédité ne fait de doute pour personne (ajoutons qu'elle intervient quelquefois en sens inverse : elle vaccine, elle immunise les descendants), il est certain également que des parents tarés engendreront un individu faible à son tour et partant prédisposé, mais non frappé à l'avance d'un sceau fatal « *Fortes creantur fortibus ; senes et valetudinarii imbecilles filios vitiosa constitutione gignunt...* » (Horace) ;

2° *Des enfants*, par la constitution et le tempérament qui les fait scrofuleux par vice d'hérédité ou par faiblesse acquise. Mais en dehors de cela, il n'y a pas de prédisposition inhérente à tel ou tel tempérament, pas plus qu'à la couleur des cheveux, à la finesse de la peau, à la délicatesse du teint. Ces détails

peuvent être des signes de scrofule, mais à coup sûr, ils n'en sont pas les causes.

Par leur faiblesse et les perturbations qui s'accomplissent en eux (croissance, dentition, puberté...).

Par l'âge (maximum de fréquence de 7 à 22 ans, ainsi que l'a établi Billroth).

Par le sexe (les filles et les femmes surtout à cause de leur vie sédentaire et de leur faiblesse, sont atteintes dans 70 0/0 des cas, mais faites-les travailler aux champs, dit Bouchardat, et condamnez les hommes à les remplacer dans la maison et vous renverserez l'ordre de la scrofule, dans les sexes.

Par le défaut de soins, les maladies de l'enfance..., .

3° *Du régime*, dès le jour même de la naissance par l'usage d'un lait pauvre ou insuffisant ou de mauvaise qualité ; par le biberon, le sevrage prématuré, l'alimentation précoce et plus tard insuffisante ou mauvaise ;

4° *Des climats et des saisons* et encore plus des logements, des maisons froides, humides, mal aérées, privées de lumière et de soleil ; ce sont là des causes, surtout s'il s'y ajoute la mauvaise alimentation, qui agissent d'une manière désolante et d'autant plus terribles qu'elles s'adressent à des enfants ;

5° *Des professions, des métiers* (citons tout de suite l'adénite cervicale militaire dont la nature tuberculeuse « si longtemps discutée par les chirurgiens a été mise hors de doute par les recherches de Kiener et Poulet ») (Peyrot).

Par le confinement de l'air dans les ateliers (grande fréquence chez les cordonniers), l'encombrement

dans les manufactures, l'air vicié, les gaz, les poussières que l'on y respire. La principale cause de la scrofule (nous n'osons pas dire la seule, puisque la scrofule est un produit de causes complexes), est en effet, sans contredit, l'altération de l'air, soit par confinement, soit par encombrement.

Toutes les causes banales d'affaiblissement ont été tour à tour invoquées et niées, pour expliquer le développement de la scrofule ; mais l'altération de l'air est la seule, dit Baudelocque, que l'on rencontre toujours, soit isolée, soit réunie à d'autres, dont l'action est secondaire. Le développement des « écrouelles » est constamment précédé par le séjour prolongé dans un air qui n'est pas suffisamment renouvelé.

Cette doctrine a été acceptée par la plupart, car elle seule s'applique dans tous les cas à la tuberculose ganglionnaire cervicale des riches ou des pauvres.

En résumé donc et pour ne pas répéter ce qui a été dit si souvent sur l'étiologie banale de la manifestation bacillaire qui nous intéresse, constatons que *les deux causes qui paraissent indiscutables et qui suffisent à produire l'affection, sont l'hérédité et l'altération de l'air respiré. A ces deux causes, l'humidité, le froid, le défaut de lumière, la « misère physiologique », sous toutes ses formes, tout ce qui peut affaiblir, en un mot, viendront comme appoint.*

Etude clinique

Quelque soit l'étiologie, quelque soit le mode d'inoculation, une fois arrivés au ganglion, les bacilles

s'y installent et en font un véritable laboratoire de mort d'où ils infectent d'abord les ganglions de voisinage et ensuite les ganglions les plus éloignés. Certains auteurs vont jusqu'à dire que de tous ces ganglions tuberculeux, les bacilles non seulement n'infecteront pas les organes avec lesquels ils sont en correspondance immédiate par voie lymphatique, mais au contraire, par une sorte d'élection qui reste bien mystérieuse, ils iront infecter les os et les articulations, et cela en laissant indemne pendant très longtemps, la muqueuse pulmonaire, même lorsque les ganglions trachéo-bronchiques sont envahis. Ajoutons pour mémoire, que lorsque le poumon est infecté, la forme pulmonaire clinique à évolution lente de cette tuberculose, est particulière.

Quoiqu'il en soit, la tuberculose peut atteindre un seul ou plusieurs ganglions.

Dans la *tuberculose monoganglionnaire*, un seul ganglion grossit jusqu'à atteindre, par exemple, le volume d'une noix ; il est dur, indolent, mobile et roule sous le doigt ; ceci plus ou moins longtemps. A ce stade, ou bien le ganglion revient à l'état normal, ce qui est rare, ou bien il se sclérose, ou bien encore, et c'est l'éventualité la plus fréquente, il se ramollit et suppure : c'est l'*abcès froid ganglionnaire*.

L'inflammation s'étend en dehors du ganglion (*abcès périganglionnaire*), gagne les téguments et les ulcère.

Cette ulcération à bords minces, violacés, laisse passer un pus mal lié (*cratère d'une caverne gan-*

glionnaire) ; elle persiste pendant un certain temps et peut se fermer, d'où formation d'une de ces cicatrices gaufrées que l'on rencontre si souvent dans la région sous-maxillaire : elle peut devenir fistuleuse.

Cette évolution constitue la *forme froide*.

L'adénite tuberculeuse peut débiter par la *forme chaude*, c'est-à-dire par une adénite aiguë, douloureuse, accompagnée de fièvre, qui suppure rapidement, s'ulcère et cède la place à la forme chronique. Elle est due à l'association du bacille de Koch avec les microbes pyogènes ordinaires.

Dans la *tuberculose polyganglionnaire*, à côté du ganglion le premier atteint, plusieurs ganglions se prennent en chapelet, de la surface vers la profondeur et suivant les vaisseaux lymphatiques, tantôt en remontant, mais plus généralement en descendant ; c'est la « *grappe ganglionnaire* » qui peut former au cou de volumineux colliers. Dans cette grappe, certains ganglions se ramollissent et évoluent vers la suppuration et l'ulcération, tandis que les autres restent indurés et de volume très différent.

Quand les glandes isolées se fusionnent, c'est le paquet « *polyganglionnaire* ». Autour des ganglions, il s'est produit de la périadénite et la gangue extra-ganglionnaire enflammée les a fusionnés.

Mobile d'abord, la masse devient ensuite immobile par adhérences et infiltration des couches profondes. Bosselé, irrégulier, le paquet dur par places se ramollit en certains points, s'ulcère et il en résulte de vastes pertes de substance, laissant passer des bour-

geons fongueux, séparés par des bandes de peau enflammée avec des décollements cutanés étendus.

A cette polyadénite, se rattache le *lymphome tuberculeux* et la *tuberculose ganglionnaire hypertrophiante* d'une part ; la *micropolyadénite* des enfants, d'autre part.

Qu'est-ce donc que le *lymphome tuberculeux* ? Encore appelé par Duret le *pseudo-lymphome tuberculeux*, il présente l'aspect d'une masse volumineuse, dure et mobile, constituée par des ganglions hypertrophiés siégeant le plus habituellement au cou (parfois à l'aîne et à l'aisselle). Quelques ganglions grossissent lentement, restent mobiles, indolores et durs. L'hypertrophie gagne de région en région, depuis les ganglions sous-maxillaires jusqu'à la clavicule ; puis la lésion devient bilatérale, d'où l'aspect du cou proconsulaire. La peau reste indemne. C'est une sorte de tuberculose viscérale.

La « *tuberculose ganglionnaire hypertrophiante* » de M. le professeur Gilbert est caractérisée par l'hypertrophie ferme des ganglions qui grossissant progressivement jusqu'à avoir le volume d'un œuf, restent durs sans jamais suppurer.

Leur forme est arrondie ou ovoïde ; sans périadénite ils restent mobiles sur les plans profonds et la peau reste mobile sur eux ; ils ne se fusionnent pas et sont toujours distincts l'un de l'autre, à moins que par suite de leur trop gros volume ils ne s'accolent, mais sans se souder.

Cette forme de tuberculose ganglionnaire frappe d'abord un ganglion et peut rester monoganglion-

naire ou au contraire devenir polyganglionnaire ou encore donner de la tuberculose hypertrophiante généralisée (rappelons que dans ce cas la rate est atteinte).

Quelle qu'en soit la forme la tuberculose ganglionnaire hypertrophiante s'observe le plus souvent au cou ; dans la forme généralisée c'est par les ganglions cervicaux qu'elle débute presque toujours.

Ce qu'il y a surtout d'intéressant à noter dans cette forme, ce sont les *modifications du sang*. Quantitativement et qualitativement :

Il y a une légère leucocytose et généralement de la polynucléose, c'est-à-dire un plus grand nombre de polynucléaires que dans le sang normal.

Les malades atteints de tuberculose ganglionnaire hypertrophiante ont de plus des accès de fièvre à certains moments. L'affection procède par poussées.

Quant à la *micropolyadénite*, c'est une hypertrophie ganglionnaire généralisée dans laquelle les glandes ont le volume d'un grain de plomb à un haricot. Elle accompagne certaines tuberculoses infantiles telles que la tuberculose péritonéale, la tuberculose méningée ou pulmonaire, ou bien encore elle est localisée, mais le fait est moins fréquent. Elle se voit chez les enfants du premier âge (Marjan, Sem. méd. 1892), et on l'observe au cou, à l'aisselle, à l'aîne, à la nuque... (Legroux. Congrès de la tuberc. 1888).

Diagnostic différentiel

Le plus souvent, l'adénite cervicale tuberculeuse siège à la face antéro-latérale du cou, le long du

muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, et deux cas sont à envisager : suivant qu'on ait affaire à une tumeur solide ou liquide.

1° LA TUMEUR EST SOLIDE. — Après avoir reconnu qu'il s'agit d'une affection des ganglions lymphatiques (tumeur de la grosseur moyenne d'une amande, mobile et raide sous le doigt et située sur le trajet des vaisseaux lymphatiques), on cherchera s'il y en a un ou plusieurs atteints : le seul palper y suffira généralement. Si plusieurs ganglions sont infectés, on recherchera si on a affaire à de la micropolyadénite ou à un gros paquet ganglionnaire enrobé dans une gangue de périadénite et légèrement renittent.

Si la tumeur est dure, adhérente à l'angle de la mâchoire ou au plan profond, presque toujours pour ne pas dire toujours, on se trouvera en présence d'une *tumeur maligne*, tant est rare le cancer primitif des ganglions.

L'adénite inflammatoire, avant la suppuration, sera facilement écartée étant donnés son apparition bruyante, la rapidité de son évolution, les battements dans le ganglion, la température, les caractères inhérents à toute inflammation « *dolor, rubor, calor, tumor* », par la réaction générale.

Mais précisément, la polyadénite avec périadénite peut parfois faire égarer le diagnostic vers une adénite inflammatoire.

L'adénite bacillaire peut en imposer aussi par une *adénopathie syphilitique*. Si cette dernière est relativement rare au cou et surtout à la face antéro-latérale, elle n'en existe pas moins (accident primitif

de la lèvre par exemple, gomme siégeant sur le territoire lymphatique dont les ganglions carotidiens sont tributaires), et alors, ou bien on perçoit la lésion syphilitique et le diagnostic est alors facilité (mais reste à savoir si on a affaire à une adénopathie essentiellement syphilitique ou mixte).

Ou bien la lésion spécifique échappe à l'observation.

Disons tout de suite que l'adénite syphilitique a le plus généralement des caractères propres, qu'elle se présente sous forme de « pléiade ganglionnaire » et surtout dans la région sous-occipitale, avec son gros ganglion témoin. Mais il n'est pas de règle sans exception et parfois le traitement d'épreuve seul permet d'établir à coup sûr un diagnostic ferme.

Quant à cette forme hybride de syphilis ganglionnaire chez les tuberculeux, « *scrofulate de vérole* », de Ricord, par son empâtement périadénitique, elle peut justement égarer le diagnostic du côté de la forme polyganglionnaire entourée d'une gangue de périadénite et dont nous avons parlé précédemment. Le traitement d'épreuve sera d'un grand secours surtout si on lui adjoint le traitement général de toute tuberculose.

Si la tumeur a évolué rapidement, prenant de très grandes dimensions en quelques mois, si elle se présente sous forme d'une saillie arrondie avec circulation veineuse considérable à sa surface, si de plus, elle est ulcérée et donne lieu de temps à autre à des hémorragies, on pensera évidemment au *sarcome* qui le plus souvent a son point de départ dans les gan-

glions, ou bien qui peut n'être qu'une transformation du lymphadénome : le *lymphosarcome*.

Mais quand le sarcome est à son début, si le malade vient quand le ganglion a la grosseur d'une noix, sans circulation collatérale, sans hémorragies, si les adhérences sont peu perceptibles, que faire ? La ponction exploratrice sera d'un grand secours, dans le cas du sarcome, c'est du sang qu'on aspirera en abondance. On aura recours également à l'examen histologique. La tumeur peut donner une sensation de mollesse, de fausse fluctuation, il faudra penser au *lipome*.

Le lipome apparaît surtout à partir de l'âge adulte, son évolution est lente ; la peau lisse, tendue à sa surface ne laisse percevoir sous elle, ni bosselures, ni lobules ; sa consistance est élastique ; généralement il n'y a pas ou peu d'adhérences au plan profond.

Le diagnostic entre lipome et adénite bacillaire semble parfois être délicat, témoin les hésitations du praticien relatées dans l'observation suivante :

OBSERVATION I (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur SPILLMANN).

Mme R... présentait depuis 3 ans, une tumeur siégeant sur le bord antérieur du sterno-cleïdo mastoïdien, et présentant des alternatives d'augmentation et de diminution. Le docteur qui la traitait lui conseilla la radiothérapie qui donna de bons résultats ; il lui prescrivit ensuite des médications iodées. La tumeur paraissait organisée, enkystée, et restait stationnaire. Ce fut à ce moment que la malade

fut adressée à M. le Professeur Spillmann avec un mot de son médecin qui croyant avoir affaire à un lipome, parlait d'intervention chirurgicale.

Cette tumeur qui n'était autre chose qu'un ganglion tuberculeux fut ponctionnée par M. le Professeur Spillmann, qui en retira 100 grammes de pus ; au bout d'un mois, elle avait rétrocedé jusqu'à disparaître sous l'action de l'huile créosotée iodoformée, préparée selon la formule de M. le Docteur Calot.

Dans la plupart des cas, d'après l'interrogatoire, on apprendra que la tuméfaction s'est développée lentement ; qu'elle a grossi petit à petit, parfois que d'autres ganglions ont pour ainsi dire disparu, se fusionnant au premier pour donner une masse compacte, comme marronnée et plus ou moins volumineuse. Dans ce cas, deux diagnostics seuls sont à envisager : du *lymphadénome* et de l'*adénite tuberculeuse*.

Le lymphadénome et l'adénite tuberculeuse, en effet, apparaissent les deux au même âge bien que cependant l'enfance ait surtout l'apanage de la deuxième. Les deux ont souvent le même siège, le même volume, présentent les mêmes caractères à la palpation, les deux peuvent être symétriquement placés (forme hypertrophiante).

Mais si le lymphadénome est assez rare, l'adénite tuberculeuse, elle, est très fréquente. De plus, le lymphadénome a tendance à la généralisation, à tel point que chaque fois qu'un sujet porteur de masses ganglionnaires au cou en aura également aux aisselles et aux aines. Quand sur ce sujet on constatera égale-

ment des tumeurs dans un autre organe, qu'il présentera une hypertrophie de la rate, parfois du corps thyroïde et des amygdales, quand enfin par la numération, on constatera une surabondance des globules blancs, on concluera au lymphadénome.

L'adénite tuberculeuse apparaît, nous l'avons dit, presque toujours à la face antéro-latérale du cou ; le lymphadénome, au contraire, avant d'être généralisé, débute ordinairement dans l'aisselle, de telle sorte que même sans tenir compte de l'état général symptomatique du lymphadénome (affaiblissement, teint pâle caractéristique de l'hyperleucocytose), le siège seul aidera au diagnostic.

Que les lésions primitives siègent au cou ; les présomptions seront en faveur de la tuberculose ; qu'elles siègent à l'aisselle, elles seront en faveur du lymphadénome. L'examen qualitatif du sang lèvera généralement tous les doutes. Dans le cas de tuberculose ganglionnaire hypertrophiante, le diagnostic pourra être souvent très délicat, et si le laboratoire ne peut venir en aide à la clinique, un traitement d'épreuve sera d'un grand secours pour poser un diagnostic certain.

2° LA TUMEUR EST LIQUIDE. — D'après le siège, la réductibilité avec battements ou non, la coloration, on éliminera tout de suite *l'anévrisme*, la *dilatation veineuse*, *l'angiome*.

Les *kystes séreux congénitaux* durent depuis la naissance. Ils sont fluctuants par endroits, renittents à d'autres, à d'autres encore, fibreux ou indurés.

Les *kystes dermoïdes* siègent à la partie médiane

du cou ; très rarement ils sont latéraux et donnent une sensation bien caractéristique à la palpation.

L'*association de syphilis et de tuberculose* donne parfois également des adénites qui par leur ramolissement, par leurs ulcérations, peuvent créer des incertitudes. Dans ce cas, si l'interrogatoire et l'examen ne fournissent pas de renseignements suffisants, la ponction exploratrice pourra venir en aide au diagnostic.

Des ganglions purement tuberculeux on retirera une matière caséuse, un pus épais, grumeleux ou parfois séreux, mais toujours de coloration jaunâtre.

S'il y a au contraire et syphilis et tuberculose le pus sera rosâtre et filant.

L'examen histologique si besoin pourrait lever les doutes ; on pourrait recourir également au traitement d'épreuve.

Si la tumeur est fluctuante, non réductible, si de plus la masse fluctuante est englobée dans une coque dure, se trouve placée sur le trajet des lymphatiques, si la ponction exploratrice fournit un pus jaune, si l'évolution se fait à froid, on pourra conclure à peu près à coup sûr à une adénite tuberculeuse suppurée (sans périadénite). Et cependant les *abcès latéro-pharyngiens* ont été une cause d'erreur.

On rencontre généralement les abcès latéro-pharyngiens dans la gaine des muscles droit et long du cou ; le pus s'insinue entre les gaines de ces muscles ou bien entre celles des vaisseaux ou des nerfs et va gagner le tissu cellulaire sous-muqueux. Leur évolution est lente, ils ne sont pas accompagnés de réac-

tion générale. Provoqués le plus souvent par de l'ostéite, de la carie ou de la nécrose des vertèbres et du crâne ou souvent encore par un mal de Pott cervico-dorsal, il faudra dès lors compléter l'examen général du malade en recherchant les antécédents scrofuleux, en explorant avec soin le degré de mobilité de la tête et du rachis, la sensibilité des apophyses épineuses.

Evolution, marche et terminaison

L'évolution de l'adénite bacillaire cervicale est *lente mais progressive avec poussées d'infection aiguë*.

Différentes terminaisons sont à envisager :

Ou bien il se produit une *régression spontanée par sclérose*.

Ou bien la *caséification* apparaît suivie de *suppuration*.

Ou bien encore il y a *ouverture à l'extérieur*, d'où ulcération et formation de *fistules* et alors des complications sont possibles (érysipèle, lymphangite...).

D'autre part, les abcès et les fistules peuvent se cicatriser ; par suite on peut avoir une formation de tissus rétractés et de cicatrices déprimées.

La transformation kystique est rare ; signalons en passant qu'elle peut se voir après injections d'éther iodoformé.

Il peut y avoir enfin de la dégénérescence amyloïde ou graisseuse ou de l'infiltration calcaire, ainsi que nous l'avons dit précédemment.

La *généralisation* est peu fréquente ; si elle a lieu, elle succède soit à une poussée aiguë, soit comme nous le verrons dans la suite à une intervention chirurgicale.

Par contre, l'*extension* est fréquente et dans ce cas la tuberculose peut envahir d'autres régions ganglionnaires (ganglions trachéo-bronchiques), les synoviales ou les articulations, les séreuses (méningite), le poumon. L'évolution banale pour ainsi dire de la tuberculose ganglionnaire est celle de la tuberculose dans les autres organes. Le tubercule une fois constitué se caséifie, puis se ramollit, de petits abcès se forment dans l'intérieur du parenchyme, abcès qui s'ouvrent le plus souvent au dehors et deviennent l'origine de fistules. Dans bien des cas, en outre, les ganglions, surtout au stade de suppuration, sont unis les uns aux autres, sont entourés d'une gangue de périadénite qui les fusionne entre eux.

La terminaison des ganglions tuberculeux n'est guère à envisager que dans le cas d'adénites traitées chirurgicalement ou médicalement. Elle est la période des écoulements avec ces cratères ouverts à l'extérieur d'où s'écoulait un pus fétide, tuberculeux ganglionnaires qui entraînaient fatalement le malade qui en était porteur vers une tuberculose généralisée ou qui l'emportaient par suite d'infection surajoutée. Nous ne voulons envisager que la terminaison des ganglions en traitement. C'est ce qui fera l'objet de notre étude ultérieurement.

Pronostic

Le *pronostic* dans l'adénite bacillaire *est toujours à réserver* en dépit des assertions nombreuses qui en font une affection bénigne. Quelqu'en soit la forme et l'évolution, que la méthode employée comme traitement soit chirurgicale ou conservatrice, que la guérison soit lente ou rapide, que le malade ait ou non des tares héréditaires ou acquises, quelque facilité qu'il puisse avoir à se soigner, dans aucun cas on ne peut assurer une guérison certaine et définitive ; et c'est d'autant plus vrai que sous l'influence d'une affection aiguë banale quelconque tel sujet semblant parfaitement guéri depuis des mois ou des années verra un vieux foyer cicatrisé se rouvrir. Ce sera un ganglion sclérosé depuis longtemps qui suppurera, ce sera une fistule complètement cicatrisée qui sera le siège de nouvelles ulcérations.

Nombreux sont les exemples de malades guéris en apparence et cependant porteurs de tuberculose externe latente puisque sous l'effet d'une blennorrhagie leurs ganglions se sont mis à réagir ou encore puisque sous l'effet de cette infection localisée aux organes génito-urinaires, il y a par exemple production d'une tuberculose osseuse ou articulaire diagnostiquée cliniquement et histologiquement. Nombreux sont ceux qui présentent ces mêmes localisations bacillaires consécutives à des adénites cicatrisées, sous l'influence d'une syphilis acquise. Ces récurrences décourageantes ne sont pas l'apanage exclusif des

maladies vénériennes, elles peuvent être consécutives aussi bien à toutes les maladies infectieuses (rhumatisme articulaire aigu entre autres), au surmenage intellectuel et physique. En un mot, toutes les causes de débilité, d'affaiblissement de l'organisme peuvent réveiller des manifestations tuberculeuses ganglionnaires que l'on était en droit cliniquement de croire à jamais guéries.

Et cela est encore plus vrai pour l'adulte que pour l'enfant, pour la femme que pour l'homme. De par le métier dans un air confiné, de par la profession nécessitant un travail intellectuel intensif, l'adulte plus que l'enfant est sujet aux récidives ; de par son genre de vie auquel s'ajoute les fatigues de la gestation ou de l'allaitement, la femme plus que l'homme est exposée à ces éventualités.

A ce sujet, il nous semble à propos de dire un mot sur la question mariage.

Peut-on conseiller, doit-on interdire le mariage à un jeune homme ou à une jeune fille qui ont été porteurs d'adénites bacillaires ? Bien que très délicate à donner, la réponse nous semble devoir être guidée par les considérations suivantes : Interdire ou déconseiller fortement le mariage dans tous les cas pour les deux sexes, sauf les atténuations suivantes : Pour le jeune homme, dire oui vous pouvez vous marier si l'adénite guérie date de plusieurs années, si le métier ou la profession ne sont pas débilitants, si l'état général est bon. Etre plus réservé pour la jeune fille en

lui faisant entrevoir à elle ou aux siens les dangers possibles de la grossesse.

Pour le jeune homme comme pour la jeune fille insister sur les bienfaits des séjours à la campagne ou à la mer, sur l'avantage du repos pendant les vacances. Avertir du danger des excès de toute sorte; il faut demander beaucoup pour obtenir peu et dans tous les cas étant donné qu'on doit prévoir toutes les éventualités, on se mettra ainsi à l'abri de tout reproche, on aura parlé comme on a le devoir de le faire. Mieux vaut être pessimiste que de contribuer par des conseils donnés à la légère, à une union malheureuse. Et cependant *bien qu'il soit toujours à réserver le pronostic est tout à fait variable.*

Il variera suivant les antécédents héréditaires et personnels du malade, suivant son état général.

Il variera suivant que l'adénite se présentera sous la forme de micropolyadénite ou d'un gros ganglion unique isolé, suppuré ou non, et si il est suppuré suivant qu'il y aura fistule ou pas.

Il variera selon qu'on aura à faire à plusieurs ganglions indépendants entre eux ou au contraire fusionnés en quelque sorte dans une gangue de périadénite.

Le pronostic variera également avec le traitement employé, bien plus (nous le verrons dans la suite) suivant que ce traitement sera suivi dans telle ou telle station climatérique.

Les *antécédents héréditaires*, l'*état général* du malade peuvent en effet faire entrevoir un pronostic sombre ou favorable. Si on a à faire à un individu de constitution robuste, sans tare aucune du côté de ses

ascendants et qui n'aura jamais eu encore de manifestations tuberculeuses, le pronostic sera relativement favorable. Si, au contraire, le sujet est débile, malingre, chétif, s'il est porteur de traces de fistules, s'il présente des ganglions « à récidence », si ses antécédents sont entachés et surtout s'il ne peut se placer dans de bonnes conditions pour remonter son état général, il faudra redouter de graves complications.

La *micropolyadénite* de par les lésions qu'elle entraîne du fait qu'elle cède facilement aux effets d'un traitement général approprié, peut être considérée comme relativement bénigne, sauf complications trachéo bronchiques ganglionnaires souvent fréquentes.

Il en sera de même du *ganglion unique* mobile et dur, qu'il appartienne à la forme « banale » ou à la forme hypertrophiante — relativement bénin sera celui de deux ou trois ganglions enrobés dans une gangue de périadénite et non suppurés.

Plus à réserver au contraire sera le pronostic de *ganglions multiples* indiquant une intoxication plus profonde de l'organisme ou ce qui revient au même, une réceptivité plus grande.

Plus à réserver encore sera celui d'*adénites suppurées et fistuleuses* non pas tant par les lésions anatomiques qu'elles impliquent que par l'extension plus facile, les possibilités d'inoculation directe, la plus longue durée des soins qu'elles nécessitent et partant les complications toujours à craindre vis-à-vis desquelles le sujet est plus longtemps à la merci.

Dans la *tuberculose ganglionnaire hypertrophiante* — (indépendamment de ce qu'une infection banale

quelconque puisse devenir spontanément maligne chez un sujet porteur de ganglions bacillaires à forme hypertrophiante) — la forme polyganglionnaire devra toujours être considérée comme grave, elle est longue à guérir et souvent elle ne guérit pas. Le malade peut succomber au bout de trois à cinq ans. Quant à la forme généralisée, son pronostic est presque toujours fatal, nous dirions volontiers toujours.

CHAPITRE II

Pour toutes ces formes d'adénites, quelque soient les antécédents pathologiques du malade considéré, il importe et le plus tôt possible d'instituer un traitement.

Ce traitement comprendra :

A. — Une thérapeutique générale.

B. — Des interventions locales.

A. — Traitement général.

Au point de vue général, on a préconisé successivement de nombreuses médications ayant pour but non pas de détruire l'agent pathogène, mais de donner à l'organisme une vitalité plus grande, une résistance plus forte dans la lutte qu'il doit soutenir ; ce furent :

L'*arsenic* sous forme de liqueur de Fowler, d'arséniaté de soude ou de cacodylate de soude.

Les *phosphates* et l'acide phosphorique.

L'iode et le tannin sous forme de sirop iodotannique.

Les sels de chaux.

Les corps gras, l'huile de foie de morue.

La créosote en ingestion ou lavement.

Ces différentes médications sont incontestablement utiles mais surtout pour un malade auquel on est forcé d'interdire une cure thermale ou maritime pour des raisons spéciales ; c'est un pis aller mais qui peut avoir ses indications.

L'arsenic, en effet, est surtout utile dans les manifestations de tuberculose pulmonaire et selon l'avis de Frankel peu efficace dans le cas qui nous intéresse.

L'iode semble être une indication de choix, sous forme de sirop iodotannique (Legendre, Potain...), sous forme d'iode par gouttes dans de l'eau sucrée ou même sous forme d'iodure de potassium qu'il y ait ou non syphilis (Guéneau de Mussy).

Le phosphate de chaux, autrefois très en honneur, a été employé sous forme de poudre d'os pulvérisé par M. le professeur Robin. Nous estimons avec M. le docteur Loze, que l'action des phosphates calcaires est très discutable ; c'est au reste ce qui leur a fait préférer les hypophosphites de chaux ou de soude (G. Lyon).

L'huile de foie de morue, excellente médication dans beaucoup de cas, sera cependant contre-indiquée s'il y a de la fièvre ou des troubles digestifs. « Elle sera prise à des doses progressivement croissantes (Grancher) pure ou associée à l'iode et suivie de l'absorption de pepsine amylacée, dans le cas où elle est

mal tolérée par l'estomac. » (Loze, thèse Paris, 1905.) Enfin, le vin ou le sirop antiscorbutique, les amers, le cresson et le houblon agissent dans certains cas en activant la fonction gastrique.

On a proposé des *injections intra-tissulaires des différentes eaux minérales*, en particulier d'eaux chlorurées sodiques et arsenicales. Ces injections se pratiquent encore dans certaines stations thermales. On les fait dans la peau en un point quelconque ou mieux au voisinage des lésions ; ou bien intra-veineuses, soit dans la proportion de 50 à 100 centimètres cubes tous les deux jours, soit à doses massives par 2 à 300 centimètres cubes une fois par semaine.

Préconisées par M. Fleig, de Montpellier, ces injections ont donné de bons résultats surtout accompagnées simultanément d'une cure thermique ; cependant n'étant pas acceptées par beaucoup de cliniciens, le bien fondé de cette méthode ne repose à notre avis ni sur une assez longue expérience, ni sur d'assez nombreuses applications pour qu'on puisse porter un jugement consciencieux.

On a proposé successivement des *sérums divers* :

Ce fut le *sérum de Marmoreck* qu'on administrait par voie sous-cutanée ou par le rectum, ou simultanément par les deux voies. Par voie sous-cutanée, on injectait jusqu'à concurrence d'une cinquantaine de fois, cinq centimètres cubes en une fois et chaque deux jours.

Par le rectum, à l'aide d'une sonde suffisamment longue pour que le liquide soit envoyé assez loin, on

administrait de dix à vingt centimètres cubes quotidiennement.

D'après les auteurs qui l'ont employée (Strauss, Mori, Wohlberg, E. Wein, P. Glæsner, etc...), cette méthode a donné de bons résultats, mais dans des conditions spéciales : Les malades soumis à ce traitement étaient, en effet, placés dans d'excellentes conditions (cure d'altitude et suralimentation), de telle manière qu'il nous semble téméraire de porter un jugement définitif. Est-ce aux conditions climatiques et de bien-être seules, est-ce au sérum lui-même, est-ce à l'association des deux qu'il faut attribuer les améliorations obtenues ? Il nous semble difficile de répondre en faveur du sérum.

Ce fut le *sérum d'Arloing et Dumarest* qui devait, d'ailleurs, être abandonné après plusieurs essais.

Ce fut encore le sérum ou mieux le *plasma de M. Quinton*. Comme le précédent, nous ne le citons que pour mémoire ; les résultats obtenus ayant été nuls et parfois même nuisibles. Ces injections de sérums divers devaient avoir pour but de modifier l'état humoral et par suite de déterminer une réaction de défense favorable à la cure de l'adénite bacillaire. En général, ils n'ont donné que des résultats si inconstants que nous jugeons sage de ne les essayer qu'avec une grande prudence, mieux vaut même s'en abstenir à notre avis.

On a proposé également le traitement par la *tuberculine*. Pas plus la tuberculine de Beraneck que celle de Koch (tuberculines A et B) n'ont été définitivement adoptées. D'ailleurs à ce sujet voici l'opinion de

M. Hamel. « Les travaux de Guinard, Bertrand, Barbier et Dieuport, l'observation de M. D. Darier et les nôtres, montrent que cette médication est aveugle, inefficace et peut-être dangereuse. » C'est aussi notre opinion et si nous n'avons pas expérimenté cette méthode, notre jugement s'est fondé après lecture des principaux ouvrages parus à ce sujet et après avoir pris connaissance des travaux qu'a résumés l'auteur que nous venons de citer, dans sa thèse inaugurale.

Nous venons de passer en revue des moyens thérapeutiques ou bien insuffisants ou bien tombés en désuétude.

Ce qu'il faut pour l'amélioration de l'affection qui nous occupe, c'est un traitement d'épargne, un traitement reconstituant s'adressant à l'organisme tout entier. Mais les autres dira-t-on ou certains d'entre eux ne provoquent-ils pas cette amélioration de l'état général ? L'arsenic, l'huile de foie de morue, les phosphates, l'iode, ne sont-ils pas indiqués au même titre ?

Nous répondrons qu'il vaut mieux s'en passer dans la plupart des cas, car s'ils ne nécessitent pas comme les autres une intervention, s'ils sont non seulement bénins, mais même utiles quand on ne peut faire autrement et quand ils sont ordonnés à propos ; il faut les prendre par voie buccale. C'est donc un surcroît de travail qu'on donne de plein gré à un tube digestif qui, plus que tout autre, réclame les plus grands ménagements ; or il importe avant tout de conserver sa parfaite intégrité, afin que le porteur

d'adénites puisse se nourrir comme il faut ou plutôt comme on le lui prescrit quantitativement et qualitativement.

Désormais donc plus ou le moins possible de remèdes à absorber, mais une bonne hygiène et suivant les cas, le séjour à la campagne ou la cure d'altitude, les stations thermales ou la mer ; telles seront les plus sûres, les plus efficaces et les plus rationnelles des médications.

Avant de développer ces différents points, qu'on nous permette de résumer ici une ligne de conduite préconisée par M. Soubeyran et inspirée de M. le professeur Robin — ligne de conduite, nous nous hâtons de le dire, que nous citons seulement à titre de document et qui consiste pour le malade :

A se lever chaque matin de bonne heure et après avoir pris dans un demi-verre d'eau stérilisée de la liqueur Fowler pure ou associée à de la teinture de Mars tartarisée ou bien à de la teinture de rhubarbe (la quantité variera naturellement suivant l'âge et l'état du malade considéré), puis à faire une promenade d'environ une heure.

Si la liqueur de Fowler est mal supportée, la remplacer par des injections quotidiennes sous-cutanées de cacodylate de soude (durée des injections huit jours, s'arrêter huit jours et reprendre...).

De retour, prendre un tub froid ou tiède suivi de frictions sèches au gant de crin et prendre un déjeuner composé de l'un ou de quelques-uns des aliments suivants : lait bouilli, œufs, pain, beurre, farines de céréales, pâtes, tapioca.

Le malade devra travailler dans une pièce ensoleillée ; les fenêtres étant largement ouvertes. Il évitera toute fatigue et fera une nouvelle promenade d'une heure environ.

Son déjeuner comprendra une alimentation faite surtout de viandes bien cuites, rôties ou grillées, de lait bouilli, d'œufs, de poissons, de féculs, d'aliments gras, de purées de légumes, d'aliments gélatineux et sera suivi d'une troisième promenade à pied de même durée que les autres.

Avant chacun des principaux repas et un quart d'heure avant, le malade prendra : l'hiver, de l'huile de foie de morue à laquelle on peut ajouter chaque fois une goutte de teinture d'iode, et chacune de ces prises sera suivie de l'ingestion, dans une cuillerée d'eau, d'un cachet contenant de la poudre de pepsine amylacée.

L'été, l'huile de foie de morue sera remplacée par du sirop iodotannique. A la fin de chacun des principaux repas, il prendra dans une quantité d'eau variable suivant chaque sujet, un verre à liqueur du vin composé suivant :

Vin de Malaga	q. s. p.	100 parties.
Glycérine		5 parties.
Phosphate de soude.....	{ à à	1 partie.
Phosphate de chaux... ..		
Extrait mou de quinquina.		1 partie.

Avant le dîner il fera une nouvelle promenade d'une heure. Il dormira, dans une chambre, dont la fenêtre ouverte, hiver comme été, sera munie de rideaux lavables, et il se garera du froid avant de se

coucher par des exercices d'assouplissement, des membres et du tronc, suivis d'une friction à l'alcool.

Trois fois par semaine le malade prendra un bain dans lequel on aura fait dissoudre du sel.

Il habitera, dans la mesure du possible, à la campagne et ne négligera pas le traitement climatologique et hydrominéral. (Bains de mer : La Bourboule, en été ; la Riviera, en hiver.)

Ce tableau, à notre avis, est beaucoup trop compliqué et le malade le suivra difficilement. Il est à craindre que devant cette quantité de prescriptions à suivre chaque jour, sa patience et sa bonne volonté s'émeussent. Sans doute pourra-t-on dire, il faut souvent demander beaucoup pour obtenir peu ; mais n'est-ce pas vraiment trop demander et surtout dans le cas d'adénites bacillaires, affection qui, comme toute autre manifestation tuberculeuse, par le fait même qu'elle peut être très longue à guérir, exige des soins prolongés pendant des semaines, des mois, parfois même des années, étant donné que nous admettons qu'elle est un indice certain d'une infection profonde de l'organisme par le bacille de Koch ou par ses toxines.

Et plus que pour toute autre, pour cette affection dont le traitement général devra être longtemps poursuivi, le médecin ne doit pas oublier le vieux principe thérapeutique : « *Pauca sed probata et selecta remædia* » et par dessus tout il devra garder au malade un bon fonctionnement gastrique.

Ce qu'il faut avant tout c'est une bonne hygiène ; elle est applicable dans tous les cas. Ni l'âge, ni les

conditions du malade ne peuvent entrer en ligne de compte pour sa prescription ; nécessairement elle comportera quelques légères modifications suivant que le sujet sera jeune ou plus âgé, suivant le genre de vie que ses moyens lui permettront.

Ce qu'il y aura de spécial *pour le nourrisson* à ce point de vue touchera naturellement son alimentation. Une nourrice de premier choix sera indispensable. La mère sera-t-elle phtisique on aura recours à une nourrice mercenaire ; le père seul présentera-t-il des antécédents tuberculeux, la mère devra nourrir. Le biberon sera évidemment proscrit ; quant au sevrage, qu'on retardera dans la mesure du possible, il devra être attentivement surveillé.

Lorsque *l'enfant* commencera à marcher, il tirera un grand profit des lotions froides qu'on lui fera chaque matin, ainsi que Sydenham et Cullen le préconisent ; et lorsqu'il sera un peu plus grand, il faudra, suivant le mot de Peter, « faire de l'enfant un petit paysan, changer la vie urbaine pour la vie agreste, la vie dans les chambres pour la vie des champs, la privation de soleil par l'exposition au soleil, la crainte du froid par sa recherche, les bains chauds par les bains de rivière, le repos par l'activité, les exercices intellectuels par les musculaires, en un mot vivre de la vie naturelle ». (Loze, thèse Paris, 1905.)

On remplacera son linge et ses habits de toile par du coton et des lainages ; la toile imprégnée de sueur favorisant les refroidissements ; et préservant du froid et de l'humidité les pieds du petit malade, il faudra l'endurcir contre le froid, l'habituer à le sup-

porter, mais d'une façon progressive. L'exposition brutale serait aussi préjudiciable que la préservation intensive contre le froid extérieur. La première pourrait être cause d'une affection aiguë des voies respiratoires, la deuxième une cause de débilité.

Pour l'adolescent comme pour l'adulte, comme pour l'enfant, nous ne saurions trop insister sur la question de l'alimentation tant au point de vue qualité que quantité. Point n'est besoin surtout au bord de la mer et à la campagne de faire absorber aux malades des mets spéciaux. Ce qu'il faut surtout, c'est une alimentation ordinaire mais abondante. Pendant l'enfance le régime végétarien même accompagné de lait et d'œufs est insuffisant. Il faut aux enfants surtout des corps gras : beurre, graisse, huile, sardines à l'huile, beaucoup de pain aux repas et au goûter (tartines de beurre), des œufs, du poisson et de la viande, des féculents sous forme de purée et parmi eux surtout des lentilles, des haricots et des pommes de terre ; au besoin de la viande de mouton crue pulpée. On n'oubliera pas le sel qui sera même donné abondamment.

Pour ne pas fatiguer l'estomac des malades il est plus recommandable de *multiplier le nombre des repas en diminuant l'importance de chacun d'eux.*

La suralimentation ainsi obtenue sera d'autant plus efficace que bien réglementée (quatre à cinq petits repas par jour), elle n'entraînera pas de troubles dyspeptiques : inappétence, vomissements, diarrhée ou constipation.

M. le professeur Robin préconise les mets suivants :

Potages assez épais au lait avec pâtes ou farines de céréales.

Viandes rôties ou grillées en petite quantité.

Pâtes alimentaires, pommes de terre en robe de chambre, purées de légumes.

Sole, barbue, turbot et surtout des huîtres, dont la valeur nutritive est très grande (six à douze par jour).

Aliments sucrés, confitures, gelées, crèmes.

Fromage blanc, petits suisses.

Aux jeunes sujets, ris de veau, cervelle, jambon.

Ne pas oublier le bouillon, excellent eupeptique, surtout pour les sujets à digestions irrégulières, et si par hasard l'appétit n'était pas suffisant, essayer de faire prendre une demi-heure avant chaque repas cent grammes d'eau de Vichy Célestins tiède.

Cette suralimentation sera surtout efficace, ses effets seront plus sensibles, la surcharge alimentaire sera évitée, si l'enfant est soumis à des *exercices physiques* intelligemment dirigés. Ce qu'il faudra à l'enfant ce sont les jeux de son âge avec leurs élans de joie indispensables à son épanouissement moral et physique. Tous les jeux, tous les sports qui l'amuse sont recommandables, pourvu toutefois qu'il ne s'y livre avec trop d'ardeur au point d'être las. Le coefficient de fatigue sera fourni par l'analyse de ses urines, par la quantité d'urée qu'elles renferment : l'enfant, en effet, doit rester dans des conditions physiologiques, le travail de ses muscles doit fournir des

déchets facilement éliminables et non pas des produits toxiques susceptibles de provoquer un véritable empoisonnement. Tout exercice qui entraînera une élimination d'urée en excès sera considéré comme dangereux, comme l'a dit si justement M. le professeur agrégé Langlois. La suralimentation et le travail physique déterminent normalement une augmentation d'urée; ce qu'il faut c'est que cette augmentation soit normale et varie proportionnellement au régime et aux exercices imposés. Des douleurs articulaires, une élévation de température seront un premier indice que le but a été dépassé.

On se trouvera bien également de la *gymnastique suédoise* et sans vouloir ici nous étendre longuement sur sa pratique, nous croyons que, appliquée quelques instants une ou deux fois par jour, elle peut rendre de grands services.

Quant au travail intellectuel, il ne sera pas pros crit, mais les heures en seront diminuées. On évitera autant que possible de placer les enfants dans ces institutions répondant plus ou moins aux exigences hygiéniques, tant au point de vue local qu'à celui de l'emploi du temps trop souvent surchargé, institutions où les uns se fatiguent et s'animent par un travail trop intensif pour leur âge alors que d'autres se mettent en état d'infériorité physique par des habitudes vicieuses.

Alors après ces journées passées presque entièrement en plein air, l'enfant un peu las, un peu fatigué, mais sainement, physiologiquement, demandera de lui-même *son repos du soir*.

Ce repos a une grande importance : s'il est insuffisant il peut à lui seul enlever à l'enfant le bénéfice du traitement général auquel il est soumis. Le petit malade devra se coucher de bonne heure et se lever tôt, c'est-à-dire dès qu'il sera réveillé. « Les heures de sommeil avant minuit comptent deux », dit avec raison un vieux proverbe populaire.

Il faut environ à l'enfant dix à douze heures de sommeil par jour, et, s'il est fatigué dans la journée, il devra se reposer. Par le sommeil de la nuit, il répare les pertes de la journée ; par lui, il est admirablement préparé à recommencer le lendemain.

La question du lit a son importance elle aussi et nous ne saurions mieux la résumer que par cette citation : « Il importe de s'habituer à être mal couché, c'est le moyen de ne plus trouver de mauvais lit. En général, la vie dure une fois tournée en habitude multiplie des sensations agréables, la vie molle en prépare une infinité de déplaisantes. Les gens élevés délicatement ne trouvent plus de sommeil que sur le duvet ; les gens accoutumés à dormir sur les planches le trouvent partout. Il n'y a pas de lit dur pour qui s'endort en se couchant » (J.-J. Rousseau-Emile).

Enfin, on tirera un grand profit des *pesées faites à intervalles réguliers*. Par leurs renseignements précis, elles fourniront une preuve manifeste de l'état stationnaire de l'enfant, de son amaigrissement ou du profit qu'il a tiré des prescriptions ordonnées.

Si l'on a affaire à un ouvrier qui par son salaire quotidien fait vivre les siens, il ne sera naturelle-

ment pas question de l'envoyer dans un sanatorium. On devra s'efforcer pour lui, plus que pour tout autre, de lui prescrire un traitement simple, peu coûteux et qui le place dans les meilleures conditions d'hygiène. On devra lui faire une ordonnance réglementant son genre de vie.

Dans la mesure du possible, il faudra lui conseiller un métier au grand air et proscrire les ateliers, s'il la supporte on lui prescrira de l'huile de foie de morue.

Ce qu'il faudra principalement, c'est lui faire entrevoir le danger qu'il courra en ne se soignant pas, lui dire les cas de récurrence, la généralisation possible de son mal, et une fois qu'il sera bien persuadé qu'il ne faut pas négliger des soins constants et prolongés rien ne sera plus facile que de lui faire admettre le genre de vie suivant, surtout en lui affirmant qu'il peut guérir, qu'il guérira même et que ni lui, ni les siens, s'ils ont la volonté de s'astreindre aux prescriptions commandées, n'auront à redouter dans la suite, les atteintes de la tuberculose, tout au moins, y aura-t-il de grandes chances pour qu'il en soit ainsi.

On lui ordonnera donc ce qui est possible à quiconque veut le faire :

1° Des lotions froides ou tièdes tous les jours et sur tout le corps suivies de frictions (une serviette ordinaire y suffira) ;

2° L'aération permanente, jour et nuit, de sa chambre à coucher.

On le mettra en garde contre les excès génitaux.

On lui interdira l'alcool d'une façon absolue ; non

pas les deux verres de vin par repas dont il a besoin (ils sont utiles, sinon nécessaires au travailleur), mais les apéritifs et les petits verres.

On lui défendra de fumer (il est plus facile de supprimer complètement le tabac, que de diminuer la quantité qu'on a pris l'habitude de consommer).

Dès lors plus de veilles prolongées, plus de visites au cabaret et cette seule prescription s'il la suit, dans bien des cas, lui permettra d'améliorer très sensiblement sa nourriture, il mangera mieux et plus abondamment, ses digestions seront meilleures, sans s'en douter, il fera un peu de suralimentation.

Enfin, il sentira le besoin du bien-être et au lieu d'habiter en pleine ville, il ira se loger au dehors ; sa chambre unique, sombre, mal aérée, donnant trop souvent sur une cour privée des rayons du soleil, étroite, encaissée, entre de hauts murs qui laissent à peine entrer le jour, il la changera contre deux ou trois pièces plus spacieuses et bien aérées ; les soins de propreté qu'il ignorait ou qu'il n'aura souvent acceptés qu'avec méfiance, il les aimera.

Les conditions, comme on le voit, pourront être toute différentes.

Il faut, en effet, soustraire le malade à l'influence déprimante et infectante des villes ; les résultats n'y sont pas satisfaisants. Pour les personnes plus aisées, la campagne, la cure de moyenne altitude seront surtout indiquées pour les malades atteints simultanément de tuberculose ganglionnaire et pulmonaire, les deux seront excellents par le repos intellectuel qu'elles procureront, par le grand air qu'on y trouve-

ra loin des exigences mondaines, des tentations théâtrales, des salles de café ou de concerts, de tous ces lieux où l'on respire mal dans une atmosphère poussiéreuse et malsaine. Ainsi que l'a si bien dit M. le professeur Huchard : « l'air est non seulement le premier des aliments, mais le premier des médicaments. Cet élément gazeux apporte, par les voies respiratoires à l'organisme vivant, les éléments indispensables à son entretien, à son bon fonctionnement, à sa réparation ». Si au contraire, les lésions pulmonaires sont minimales, si elles se réduisent à une inspiration rude, une expiration prolongée, un peu de retentissement vocal, une légère submatité et que l'état général soit bon, on ordonnera, au contraire, et avec avantage, le littoral, mais un littoral particulier.

Ce sera, par exemple, Hendaye, Arcachon, Banyuls, Saint-Trojan, c'est-à-dire des stations maritimes bien abritées ou à climat doux.

La plupart des malades présentent exclusivement des manifestations ganglionnaires. A ceux-là, on prescrira une cure thermique appropriée ou le littoral, mais cette fois, une station marine à climat rude, sec, balayée par les vents du large.

Autant ces cures thermales et marines sont favorables à la guérison des tuberculoses ganglionnaires, osseuses et articulaires, autant elles sont néfastes aux phtisiques, chez lesquels la bacillose subit un véritable coup de fouet.

Seront des indications :

Le lymphatisme, l'hérédo-syphilis, les débilités

congénitales ou acquises, les épuisements, l'anémie, le rachitisme.

La cure saline, enfin, est un préventif de la phtisie.

Elle sera tout à fait nécessaire aux enfants venus au monde avant terme, à ceux qui ont souffert pendant la gestion ou la lactation, à ceux qui sont nés de parents âgés, à d'autres enfin, qui malingres n'ont aucune cause pathogénique pour expliquer leur débilité ; en un mot, à tous ces sujets bien conformés d'ailleurs, mais petits, pâles, maigres, avec une musculature et des forces peu développées et qui sans appétit sont sans ressort, sans résistance à la fatigue ou à la maladie.

Si la plupart de ces enfants, en effet, (nous parlons exclusivement des débiles qu'on ne soumet pas à la cure saline), au moment de la puberté se développent et deviennent normaux, il en est d'autres qui restent chétifs toute leur vie, d'autres aussi qui n'arrivent pas à l'adolescence.

Le tempérament lymphatique caractérisé par des cheveux blonds, une peau fine et blanche, des muqueuses pâles, des chairs molles, de grosses amygdales, un système lymphatique anormalement développé, est redevable lui aussi du traitement salin ; les sujets lymphatiques, frileux, lourds, sans énergie intellectuelle ni physique, ont de fréquents maux de gorge, des coryzas interminables ; mais ce n'est là généralement qu'un état transitoire entre la première enfance et la puberté ; reste toujours cette période de la vie (en faisant abstraction des cas où il per-

siste), pendant laquelle le lymphatisme ouvre la porte à toutes sortes d'affections.

De même pour les épuisements de quelque ordre qu'ils soient, la cure saline est indiquée.

L'épuisement prématuré, fréquent dans les deux sexes s'observe à l'époque de la puberté, s'accompagnant souvent chez les jeunes filles de troubles menstruels (aménorrhée, dysménorrhée). Il est dû à une croissance trop rapide, soit à des habitudes vicieuses chez les jeunes garçons, soit à un retard anormal dans l'établissement de la menstruation chez les jeunes filles.

L'épuisement par surmenage peut être d'ordre physique quant à sa cause (fatigue corporelle exagérée, plaisirs mondains...) d'ordre intellectuel (grandes écoles, travailleurs malheureux ayant plus de volonté que d'intelligence), d'ordre moral (chagrins, soucis, préoccupations...).

Certaines diathèses, enfin, c'est-à-dire les états généraux qui en vertu de tares héréditaires prédisposent à tel ou tel ordre d'affection seront justiciables elles aussi du traitement salin.

Mais, dira-t-on, tout bien considéré, beaucoup d'entre nous sont des débiles congénitaux, tous nous sommes des surmenés, bien peu enfin, n'ont pas hérité de quelque tare pathogène ! Alors ? A tous le bain salin, le bain salin est une panacée universelle ! Pas tout à fait ; mais le traitement salin est indiqué sinon nécessaire, chez tous ceux qui n'étant pas des phtisiques, des cardiaques confirmés, des brightiques, des diabétiques ou des herpétiques avec manifestations

actuelles, ne jouissent pas d'une bonne santé ; elle est indiquée au même titre que l'hydrothérapie, la gymnastique rationnelle, et à notre avis, la cure saline ou marine en dehors de quelques contre-indications, non seulement ne fait jamais de mal, mais au contraire, fait toujours du bien, elle est tout à fait indiquée pour les sujets porteurs d'adénites tuberculeuses.

Cure thermale.

Récemment, M. David, dans la « *Province médicale* » « Lymphatisme qu'on n'envoie pas au bord de la mer », revenait après Jules Simon et Despine, après M. le professeur Landouzy, sur les inconvénients qu'il y a à envoyer à la mer les lymphatiques et scrofulo-lymphatiques, ou trop jeunes, ou trop malingres et trop chétifs incapables de réaction, ou nerveux non torpides irritables, que le froid et le choc de la lame, l'air de la mer, le vent trop vif, achèvent de surexciter, d'agiter, d'énervier, de priver d'appétit et de sommeil ; à ces malades, lorsqu'ils seront atteints de l'affection qui nous intéresse, on prescrira la cure thermale saline. M. le professeur Robin écrit : « La balnéation chlorurée sodique produit des effets vraiment merveilleux. Elle s'adresse avec le même succès à l'anémie, à la chlorose, au rachitisme, au lymphatisme, à la scrofule, aux rhumatismes chroniques, aux affections des os et des articulations. Cette médication joue donc en hydrologie, un rôle de

tout premier ordre et l'on peut dire sans être taxé d'exagération que lorsqu'elle n'est pas décisive, elle a du moins le mérite de préparer des guérisons qui n'auraient pas été obtenues sans elle ».

Quelle station choisir ? Et d'abord station française ? station étrangère ? Il nous est impossible ici de ne pas nous élever contre le « snobisme » (le mot est de M. le professeur Huchard), de tant de gens qui affectent de ne trouver qu'à l'étranger ce qu'ils pourraient trouver si facilement en France. Après les Durand-Fardel et les Gubler, MM. les professeurs Landouzy, A. Robin, Huchard, Lamarque, n'ont cessé de s'appliquer à en réitérer la démonstration victorieuse. La France est le pays le plus riche en eaux minérales de tout genre et c'est aussi le plus beau pays du monde avec ses merveilleuses stations climatiques du Jura, des Cévennes, des Alpes et des Pyrénées. Au double point de vue hydrominéral et climatérique, nous avons tout en France ; nous ne sommes tributaires de quiconque et tous les autres pays, plus ou moins, à ce point de vue ou à un autre, sont nos tributaires.

L'efficacité et la rapidité d'action des *Eaux chlorurées sodiques bromo-iodurées*, sur les engorgements tuberculeux des ganglions, est indéniable. Sous l'influence du traitement balnéaire seul, on peut voir les ganglions se dissocier et diminuer ensuite de consistance pour revenir à l'état normal. Si sous l'influence d'iritations locales et de voisinage, ils sont arrivés à suppuration, ils sont grandement améliorés. La cure est indiquée pour toute adénite bacillaire, elle l'est

également à titre préventif. Nous ne saurions trop répéter, en effet, que l'engorgement ganglionnaire d'origine tuberculeuse avec tendance ou non à la suppuration, ou à la caséification du parenchyme des ganglions, est une des manifestations les plus fréquentes de la scrofule qui, elle-même, découle très souvent du lymphatisme et de la débilité héréditaire ou acquise.

Les résultats obtenus par la cure bromo-iodurée, peuvent se résumer comme il suit :

1° Tout ganglion qui n'a pas encore suppuré entre rarement en suppuration ;

2° Lors même que la suppuration est manifeste, la résolution s'observe souvent et dans les cas où elle ne se fait pas, on n'en voit pas moins diminuer en peu de jours, le volume de la glande ou des glandes enflammées ;

3° Les ganglions ont-ils été ouverts, reste-t-il des trajets fistuleux, le dégorgement s'opère relativement vite. La cicatrisation s'effectue ensuite et il ne reste plus généralement qu'une tuméfaction dure constituée par la coque cellulo-fibreuse du ganglion détruit en totalité ou en partie.

Le traitement consiste en bains et douches générales. Les bains sont administrés purs ou mitigés par l'addition de quantité variable d'eau douce ; on peut encore suivant les cas, en modifier la composition qualitative par l'addition d'eau mère.

Le bain dure de vingt-cinq à trente minutes pour les adultes, de dix à quinze minutes pour les enfants au-dessous de cinq ans, et se prend tiède.

Le traitement comprend vingt-cinq à trente bains en moyenne. Ajoutons (pour les personnes peu fortunées), qu'il est possible de se servir plusieurs fois du même bain ; les éléments qui entrent dans sa composition pouvant supporter sans altération des chauffages réitérés.

Les eaux chlorurées sodiques arsenicales, peuvent parfois être indiquées elles aussi. Nous prendrons comme type, *La Bourboule*, qui offre simultanément et au premier chef, la possibilité d'une cure d'air. « Le gazon inculte que revêt ces régions fraîches, s'accumule en croûtes profondes sur lesquelles chaque printemps fait fleurir un herbage nouveau. On marche sans danger dans ces pâturages gras et mous, sous lesquels chuchotent au printemps, des ruisselets perdus dans la tourbe » (G. Sand-Jean de La Roche). Donc dans ce plateau des Charlanes pas de poussière possible, aseptie la plus absolue dans un milieu d'altitude de quinze cent mètres, sur un vaste espace inhabité, de plusieurs milliers d'hectares et accessible aux baigneurs en quelques minutes. C'est à la scrofulo-tuberculose que La Bourboule doit ses premiers succès par les paysans du voisinage qui en avaient observé les effets thérapeutiques remarquables et qui venaient en bénéficier à l'époque où La Bourboule n'était encore qu'un simple village.

La cure bourboulienne donne, en effet, de bons résultats chez tous les pré-tuberculeux par hérédité, par passé pathologique suspect, par déchéance organique acquise et par toute cause qui crée pour l'individu, le danger tuberculeux contre lequel elle le

protège : 1° par ses eaux qui sont un puissant élément de reconstitution avec électivité d'action sur la respiration ; 2° par ses pratiques thermales, d'inhalation ou du humage qui ont une action antiseptique directe sur la muqueuse respiratoire ; 3° par sa situation climatérique qui permet de mettre le poumon dans un bain d'air aseptique, aérothérapie complétée par les avantages thérapeutiques de l'air des altitudes. Une cure à La Bourboule, serait à notre avis à conseiller surtout ou bien à titre préventif ou bien pour placer l'individu guéri de lésions ganglionnaires tuberculeuses, plus sûrement à l'abri de récidives.

Nous signalerons enfin les *eaux sulfurées sodiques chaudes*. Comme type, nous prendrons *Cauterets*.

Chez les enfants, les eaux sulfureuses triomphent en effet, souvent des adénopathies, mais on se trouve bien d'envoyer ensuite ces enfants au bord de la mer, pour y faire un séjour prolongé. A notre avis, Cauterets est très efficace pour des malades atteints simultanément de ganglions bacillaires et d'une affection chronique des voies respiratoires, contre lesquelles la cure est souveraine par ses pulvérisations, gargarismes, douches nasales, pulvérisations et inhalations ; elle est indiquée au même titre pour les malades atteints simultanément d'adénites bacillaires et de lésions tuberculeuses du poumon.

Les scrofuleux se « revigorent » à Cauterets avec l'eau de la Raillère, les phtisiques au premier et même deuxième degré, sont grandement améliorés, grâce aux phénomènes nutritifs de lente réparation organique qu'on observe. Cauterets aura donc son indi-

cation pour tout phtisique, surtout au début, porteur d'adénopathies tuberculeuses (Barèges, Châles, Uriage, sont indiquées au même titre et surtout *Bagnères de Luchon*).

MM. Cabrol et Tamisier ont présenté, enfin, il y a quelques années à l'Académie de Médecine, un mémoire dans lequel ils indiquent les résultats du traitement de l'engorgement ganglionnaire par les *eaux chlorurées sodiques de Bourbonne*. Ces résultats ne sont pas très différents de ceux obtenus par les eaux sulfureuses. Et, en effet, tandis que ces dernières donnent 67 0/0 de succès, la cure chlorurée sodique en donne 62,7 0/0.

Cure marine.

Ces résultats sont approchés de loin seulement de ceux qu'on obtient par la cure marine qui fournit 75 0/0 de guérisons. Disons tout de suite que la cure marine peut être recommandée à des tuberculeux ganglionnaires présentant en même temps des lésions pulmonaires, à condition de les envoyer, comme nous l'avons dit plus haut, dans des plages bien abritées et à climat doux (Arcachon, Cap-Breton, Hendaye).

Que la cure marine convient aux sujets nerveux à condition de leur indiquer des plages où le climat soit sédatif (plages du sud de la Bretagne, de la Méditerranée) et de remplacer les bains de mer par des bains de baignoire ou de piscine avec de l'eau de mer tiédie.

Seront enfin justiciables du traitement marin, tous les débiles, à titre préventif des manifestations de tuberculose externe ; c'est ce que Michelet a synthétisé dans cette phrase admirable : « Donc la science a pu dire à tous, venez ici Nations, venez travailleurs fatigués, jeunes femmes épuisées, enfants punis des vices de vos pères ; approchez, Pâle Humanité, et dites-nous en face de la mer, ce qu'il vous faudrait pour vous relever ; ce principe quelqu'il soit, il se trouve en elle..... » (La mer). Quant aux tuberculeux ganglionnaires, non porteurs de lésions pulmonaires, il convient de leur recommander particulièrement non seulement les stations climatiques marines, mais des plages spéciales balayées par les vents du large, à climat sec et rude.

Comme nous l'avons dit plus haut, les tuberculoses ganglionnaires ont besoin de vie au grand air, sous un climat stimulant, tonique, régulier et lumineux : ce sont là justement les principales qualités du climat marin que nous envisageons.

L'air est pur puisque lorsque soufflent les vents du large, il contient un chiffre minime de bactéries (de 0 à 100 par mètre cube, au lieu de 3 à 10.000 dans les campagnes et les villes), il est plus doux et quatre fois plus riche en ozone que l'air continental. Si l'on ajoute à des avantages si grands celui qu'il a en outre de renfermer des principes salins, on se rend compte aisément de l'efficacité toute spéciale de la cure marine. Ces éléments salins, l'air les contient au maximum lorsque les vents du large ramassent et emportent avec eux des gouttelettes d'eau de mer

cueillies aux crêtes des vagues qui brisent, saturant ainsi l'atmosphère d'une eau si riche en principes actifs sous forme d'une pulvérisation toute ténue. C'est ce qui rend si utile les promenades en bordure de mer, le plus près possible de l'eau.

Les avantages généraux qu'on est en droit d'attendre de la cure marine et qui se réalisent ont été résumés d'une façon si précise et si juste par M. Hamel, que nous croyons bien faire en citant cet auteur :

« Le professeur A. Robin et M. Binet, dit-il, ont bien montré les résultats de la cure marine sur l'organisme : l'appétit augmente, le cœur et la respiration se ralentissent, la respiration cutanée et la diurèse augmentent : les hématies augmentent de volume. Pettenkoffer et de nombreux auteurs ont trouvé une diminution de production d'acide carbonique la nuit, une augmentation d'absorption de l'oxygène, d'où cette conclusion que l'organisme fait provision d'oxygène durant le jour et le consomme durant la nuit.

Les échanges généraux augmentent en bloc, et cette augmentation porte pour une forte part sur les échanges azotés (augmentation du rapport de l'urée du résidu total), de l'azote de l'urée à l'azote total, diminution de l'acide urique.

La déminéralisation totale diminue ainsi que la quantité de matière organique nécessaire pour la mobilisation de l'azote organique. Cette diminution porte surtout sur la déminéralisation des protoplasmas.

L'utilisation du phosphore alimentaire est meilleure.

La consommation des matières albuminoïdes augmente très notablement et dépend non d'une plus grande masse organique, mais bien d'une meilleure utilisation de ces principes » (Hamel, thèse Paris, 1910).

Tous ces phénomènes n'apparaissent pas simultanément, de plus, par une sorte d'acclimatation, ils s'amendent peu à peu après avoir été intensifs au début de la cure. Les phénomènes d'activité désassimilatrice apparaissent les premiers, l'équilibre s'établit, enfin les phénomènes d'assimilation l'emportent. L'augmentation ultérieure de poids en est la conséquence.

Comme nous l'avons seulement mentionné précédemment, le climat marin varie suivant les régions, il varie à cause de l'état hygrométrique, de la brise saline, de la direction des vents, des oscillations thermiques, de la luminosité, et de par l'imprégnation de la peau par des parcelles extrêmement fines de sable disséminés par le vent.

L'importance de ces divers facteurs a été bien nettement montrée par M. Calvé, en une conférence faite à Manchester, en mars 1909 ; et la plage qui répond le mieux à ces desiderata, est Berck. Ajoutons que les plages du Nord offrent à peu près les mêmes avantages.

En effet :

Pour les plages méditerranéennes (Banyuls, St-Trojan) les statistiques donnent :

Guérisons..... ..	75 %.
Améliorations.... ..	18 à 19 %.

Pour Berck :

La guérison dans presque tous les cas, et l'amélioration dans les autres, sont la règle.

Avec le traitement marin seul, sans autre thérapeutique, les micropolyadénites guérissent spontanément en quelques mois, la monoadénite dure non suppurée, diminue peu à peu, mais il faut des mois et des années parfois pour la voir disparaître, le ganglion ramolli évolue rapidement, il faut le surveiller de près. Des ganglions suppurés, fistuleux peuvent guérir rapidement, s'il s'agit de ganglions superficiels ; dans le cas contraire, la guérison est lente, il faut intervenir.

La polyadénite avec périadénite perd en quelques mois sa gangue et les ganglions deviennent libres, mobiles et roulent sous le doigt, il faut deux à trois ans pour arriver à la résorption complète. Quant aux ganglions en grappe, durs, du type pseudo sarcomateux, ils sont peu influencés par la cure marine seule.

Dans tous les cas, le séjour à Berck commence par produire une inflammation, les grosses masses ganglionnaires peuvent se caséifier. Au bout d'une quinzaine de jours, cette poussée inflammatoire se calme et les adénites reprennent les caractères d'un engorgement froid.

Berck, en effet, est particulièrement indiqué aux sujets porteurs d'adénites tuberculeuses, il est indiqué, parce que au bord de la mer, il jouit de conditions atmosphériques spéciales qui sont :

1° *Les vents du large.* Par son orientation face à l'Ouest, la plage étendue à perte de vue est éventée

en permanence par les vents dans la proportion de :

Calme.....	1 %
Vents marins.....	60 %

Alors que Biarritz, Arcachon et Nice ont respectivement pour chiffres correspondants :

	BIARRITZ	ARCACHON	NICE
Calme.....	7 %	7 %	10 %
Vents marins.....	34 %	48 %	25 %

Par lui même, le vent possède déjà une action dynamique très grande, et en rapport avec son intensité (Expérience de Maurral, de Toulouse), il provoque un véritable massage du corps à travers les vêtements qu'il traverse facilement ; il excite les fonctions cutanées, active les échanges respiratoires. Venant du large, outre ces avantages, il est pauvre en acide carbonique (2,09 pour 10.000 centimètres cubes, contre 4,2 pour 10.000 centimètres cubes que renferme celui des terres), riche en oxygène, en ozone, pur relativement de microbes, soufflant avec violence, il porte sur la plage de fines gouttelettes d'eau de mer (poudrain) et si les principes salins absorbés par les voies respiratoires sont insignifiants, leur action physiologique n'en reste pas moins indéniable et paraît due, ainsi que l'a établi M. Pöehl (Congrès de Biarritz), à une dissociation électrolytique, ionique et à un état colloïdal spéciaux ;

2° *Les pluies.* — Elles sont peu fréquentes, surviennent généralement en averses nocturnes ; rares aussi, sont les brumes ; quant à la neige, elle est exceptionnellement signalée ;

3° *La lumière.* — Elle y est spéciale ; les recher-

ches montrent, en effet, la surabondance des rayons violets. L'explication simple est fournie par l'étendue considérable de cette plage de sable (20 kilomètres de long sur 1.200 mètres de large environ), étant donné que les grandes surfaces d'eau et de sable blanc ont un pouvoir de diffusion considérable sur les rayons chimiques du spectre solaire ;

4° *La température.* — Elle est fraîche et régulière, comparativement aux autres plages. Les chiffres donnés par les statistiques sont en effet les suivants, pour la température moyenne :

Berck.....	40°	Biarritz.....	13°
Arcachon	12°9	Nice.....	14°7

Quant à la régularité de la température, elle est due à l'influence du Gulf-Stream. Ce courant d'eau chaude de 24° se dirige de la pointe du Finistère vers la côte ouest de l'Irlande ; il ne passe pas par le détroit du Pas-de-Calais, de telle sorte que le vent soufflant en été de l'Ouest, Nord-Ouest, n'apporte pas à Berck, ses chaudes effluves et qu'en hiver, tout au contraire, les vents dominants qui viennent du Sud, Sud-Ouest, arrivent sur la côte picarde réchauffés par le contact du Gulf-Stream, sur lequel ils ont passé.

Et les chiffres donnés comme moyenne de l'écart entre la température moyenne de l'été et celle de l'hiver, sont :

Pour Berck	{ Hiver 5° à 6° Été .. 17°	Amplitude 11°
Pour Arcachon..	{ Hiver 6° Été .. 20°	Amplitude 14°
Pour Biarritz ...	{ Hiver 7° à 8° Été .. 19° à 20°	Amplitude 11° à 12°
Pour Nice.....	{ Hiver 7° à 8° Été .. 23°	Amplitude 15° à 16°

En résumé, nous pouvons dire avec M. Calvé, que l'air de Berck possède une action éminemment stimulante et tonique.

Que l'action physiologique du climat marin s'y exerce à son maximum d'utilisation, qu'il provoque les phénomènes suivants :

- Augmentation de l'appétit ;
- Activité des fonctions respiratoires ;
- Augmentation des globules rouges ;
- Augmentation des échanges azotés ;
- Augmentation de la diurèse ;
- Diminution et arrêt de la déminéralisation ;
- Utilisation meilleure du phosphore alimentaire ;
- Augmentation de la consommation des matières albuminoïdes.

Nous croyons intéressant de reproduire ici l'observation suivante qui montre bien, nous semble-t-il, l'efficacité de la cure marine Berckoise.

OBSERVATION II (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur SPILLMANN).

M. C. N..., âgé de 30 ans, réformé au moment où il devait faire son service militaire en pays annexé pour des adénités cervicales doubles du volume du poing.

Traité d'abord par des injections de naphthol camphré glyciné, à la suite de ces injections, les ganglions suppurèrent très abondamment à tel point qu'on put retirer plusieurs centaines de grammes de pus des ganglions en

suppuration. On fit ensuite des injections modificatrices avec le liquide employé par M. Calot (huile iodoformée créosotée).

Ce malade se rendit à Berck où ces injections furent continuées sous la direction de M. le Docteur Calot et le malade revint au bout de 4 mois complètement guéri ; à tel point qu'un membre du conseil de revision qui l'avait réformé, le rencontrant dans les rues de Strasbourg, le signala à l'autorité militaire qui le forçat à faire une année de service comme volontaire. Le malade jouit aujourd'hui d'une santé florissante et ne présente plus aucune trace d'adénopathie soit cervicale, soit trachéo-bronchique.

Il n'est resté à ce malade aucune cicatrice, aucune trace des injections et ponctions.

Cette observation montre bien, nous semble-t-il, l'influence particulièrement favorable du traitement marin et les avantages de la méthode par ponctions et injections. Nous y reviendrons plus loin (Se reporter également à l'observation IV, page 82).

B. — Traitement local.

Si le traitement local des adénites tuberculeuses ne peut pas avoir eu jusqu'à ce jour, la prétention de guérir l'affection, du moins a-t-elle eu à juste titre, celle d'être un adjuvant puissant, indispensable même pour la résolution de certaines formes d'adénopathies bacillaires, et, en effet, si pour la micro-

polyadénite d'Hutinel, un traitement général appliqué sérieusement suffit à lui seul pour assurer la guérison, il en est tout autrement, dans le cas où le tissu périganglionnaire a réagi, dans le cas où on est en présence d'une masse plus considérable due à un ou plusieurs ganglions gros, indurés, ou fluctuants ou fistulisés.

Toutes ces formes sont justiciables d'un traitement local, comme elles le sont du traitement général.

On a préconisé une multitude de traitements locaux, nous nous proposons dans ce chapitre d'étudier les principaux d'entre eux et de discuter leur valeur respective.

Indépendamment de la méthode employée, il est de toute nécessité de commencer par instituer un traitement local de voisinage ; nous entendons par là, suivant les indications : l'extraction des dents cariées, l'ablation des végétations adénoïdes, les pansements antiseptiques des plaies, l'antiseptie buccale, qu'on assurera soit avec le gargarisme de M. le professeur Robin :

Naphtol β	0 gr. 20
Borate de soude.....	15 gr.
Eau de menthe.....	200 gr.
Eau bouillie q. s. p.	1000 gr.

soit avec une solution d'eau oxygénée, de chlorate de potasse, etc.....

Deux sortes de traitements locaux sont à opposer l'un à l'autre : la méthode sanglante et la méthode conservatrice.

1. — Méthode sanglante.

Citons pour mémoire, *le curetage* et la *cautérisation après incision*. Cette méthode n'a donné de résultats satisfaisants que dans le cas d'adénite unique et facilement abordable, nous verrons plus loin que dans ce cas, la méthode conservatrice est de beaucoup préférable.

Le curetage et la cautérisation reposent en quelque sorte sur le principe suivant émis par Peyrot : « Le chirurgien doit avoir pour préoccupation d'évacuer le contenu en laissant le moins de traces possible ». On ouvrait la poche à sa partie déclive, par une incision la plus petite qui put être, on pratiquait une cautérisation énergique de sa face interne, par le nitrate d'argent ou le chlorure de zinc.

Quant au *raclage à la curette*, il semble établi qu'il expose trop souvent à des poussées tuberculeuses en d'autres points.

L'extirpation, méthode de choix parmi les interventions sanglantes l'est aussi dans certaines formes cliniques. Toutes les fois qu'on se trouvera en présence de ganglions très nombreux, caséifiés, c'est à elle qu'on devra recourir, ainsi que l'expérience l'a établi, et cela quelque soit l'âge, le sexe et la condition sociale du malade. (Nous nous hâtons de dire que dans presque tous les cas pour ne pas dire toujours, si l'affection est traitée à temps on évitera cette alternative).

M. Hamel cite à ce sujet l'observation très intéressante d'une petite malade :

OBSERVATION III

Louise F..., âgée de 3 ans, lorsqu'elle entra à Berck, à l'hôpital de la ville de Paris, le 8 juillet 1908, porteuse :

1° A droite, de plusieurs ganglions supprimés dans la région carotidienne supérieure ; l'un d'eux menaçant la peau rouge et amincie ;

2° A gauche, d'un gros paquet ganglionnaire symétriquement placé par rapport aux ganglions de droite ; et d'un autre gros paquet dans la région carotidienne inférieure.

En outre, les deux tibias augmentent de volume dans leur tiers inférieur. Malgré un séjour de plus d'un an au bord de la mer, il n'y eut pas d'amélioration notable ; les injections et ponctions, il n'y fallait guère songer ; pour ce faire, on aurait dû s'attaquer simultanément ou successivement à une trentaine de ganglions, et, outre la durée excessive qu'aurait nécessité un semblable traitement, on se heurtait à une difficulté pratique considérable ; la plupart des ganglions, en effet, siégeaient autour des vaisseaux en contact avec eux, sous le sterno-cleïdo-mastoïdien « inaccessibles à l'aiguille du praticien le plus expérimenté ».

Quant à la radiothérapie étant donnée son action liquéfifiante sur les ganglions caséifiés, n'aurait-elle pas provoqué une série de fistules ? c'est ce qu'on a redouté.

Voici au reste l'histoire clinique de cette petite malade :

1^{er} août 1908. — Fistulisation d'un ganglion à droite.

8 août. — La fistule se ferme.

10 septembre 1908. — Ponction capillaire d'un ganglion suppuré retro-sterno-cleïdo-mastoïdien gauche.

12 septembre. — Evacuation de 1 centimètre cube de pus jaunâtre, injection de thymol.

16 septembre. — Evacuation de 2 centimètres cubes de pus, injection de thymol.

30 septembre. — Quelques gouttes de pus.

1^{er} novembre 1908. — Une fistule s'est produite dans le ganglion traité.

15 décembre 1908. — Cicatrisation.

1^{er} juin 1909. — Ponction blanche des ganglions carotidiens faits par M. Ménard.

11 octobre 1909. — Les ganglions n'ont pas rétrocedé, incision à droite qui réunit deux fistules. Ablation d'une trentaine de ganglions du volume d'une noisette à celui d'un pois. Tous ces ganglions sont caséeux. La cicatrisation se fait normalement, mais une fistulette apparaît dans la cicatrice opératoire et guérit plus tardivement.

Il résulte de cette observation, qu'il importe de faire un diagnostic précoce de la caséification de ces polyadénites. Etant donné la multiplicité des lésions et l'inefficacité de la cure marine seule, deux cas sont à envisager :

1° Ou bien aucun des ganglions n'arrive à la suppuration et ils appartiennent alors au type pseudo lymphomateux ;

2° Ou bien certains d'entre eux se ramollissent et forment des abcès ; on se trouve en présence alors d'adénites qui évoluent vers la nécrose caséuse.

De par la lutte constante et par suite débilitante que doit soutenir l'organisme contre l'infection géné-

rale, lutte, d'autant plus énergique et qui par suite, place le terrain dans un état de plus grand affaiblissement, d'autant plus énergique, disons-nous, que les lésions évoluant vers la caséification sont plus étendues et parfois même fistulisées, ce qui peut ajouter une infection secondaire, de par cet état de moindre résistance progressant parallèlement aux lésions, il importe donc d'instituer un traitement radical et rapide. Radicale, l'extirpation l'est au même titre que le traitement par ponctions et injections, et elle débarrasse d'un coup le malade du foyer d'infection qui le menace.

Et cependant disent certains spécialistes se targuant des accidents arrivés au cours d'interventions sanglantes ou des complications qu'elles ont parfois entraînées ultérieurement : ouvrir au bistouri un foyer bacillaire, c'est donner un coup de fouet à la tuberculose ! Nous répondrons qu'en médecine, moins que partout ailleurs, il n'existe pas de loi absolue ! et bien que nous prônions la méthode conservatrice, nous savons avouer qu'elle est parfois insuffisante ; il faut l'essayer évidemment, mais en ne s'entêtant pas avec une opiniâtreté dangereuse pour le malade dans un traitement parce qu'il est conservateur, en dépit de la nullité des résultats qu'il donne ; il faut savoir l'abandonner s'il ne provoque aucune amélioration : c'est ce qui a été fait pour la petite malade dont nous venons de parler.

Et ce n'est certes pas la seule attaque lancée contre la méthode sanglante.

Tillaux dans son anatomie topographique écrit à

ce sujet : « Il ne faut jamais considérer comme insignifiante, l'extirpation d'une tumeur ganglionnaire ; sans vouloir ici trancher la question discutée et discutable de l'opportunité de ces extirpations, je dirai qu'il est des cas, à mon avis, où l'opération est indiquée quand par exemple, la tumeur est limitée et a résisté obstinément aux traitements ordinaires ; mais le chirurgien doit savoir qu'il peut être entraîné au cours de son opération beaucoup plus loin qu'il ne le pensait ; à un ganglion en succède un autre et l'on arrive ainsi sur la gaine vasculo-nerveuse du cou ».

Peyrot d'autre part écrit : « Il faut reconnaître que cette opération ne laisse pas de présenter quelques dangers : l'introduction de l'air dans les veines, les hémorragies secondaires pour lesquelles dans un cas, Poulet fit la ligature de la carotide primitive ; en outre, les récidives sont fréquentes ».

L'opinion de M. Calot est la suivante : « Lorsqu'on commence par ouvrir franchement la cavité et que l'on arrache ensuite fragments par fragments la paroi active, on fait saigner, c'est-à-dire qu'on ouvre des bouches absorbantes pour les bacilles tuberculeux et les produits toxiques mis en liberté par l'action de la curette ou du bistouri tranchant, de cette paroi infectée. On a bien essayé d'empêcher les inoculations en arrosant la plaie d'un jet d'eau continu (précaution qu'on ne prend d'ailleurs que très rarement dans la pratique courante), même avec cette précaution je ne puis dire que tout danger soit conjuré, et lorsqu'on ne prend pas cette précaution, ce

qui arrive trop souvent, il me semble que si on voulait réussir une inoculation tuberculeuse, on ne s'y prendrait pas autrement » (Orthopédie indispensable).

Les bacilles lancés dans le torrent circulatoire disent d'autres auteurs, après y avoir pénétré, rencontrent un terrain affaibli, de peu de résistance, incapable de les détruire, provoquant une maladie générale, évoluant à la manière de pyrexies : la tuberculose miliaire aiguë, ou bien si l'organisme est résistant ils se localisent dans quelques organes qui sont par ordre de fréquence, le plus souvent, le foie dont les lésions sont surtout visibles au microscope, les reins (granulations dans la substance corticale), la rate plus rarement.

« On admet aujourd'hui, dit M. le professeur Roger, que la tuberculose miliaire aiguë est presque toujours consécutive à un foyer primitif, notamment à une masse caséuse qu'il faut rechercher avec grand soin aux autopsies. Dans plusieurs cas, elle a éclaté à la suite d'une intervention chirurgicale..... ». Et M. Roger écrit encore : « Les bacilles lancés dans la circulation ont parfois été décelés dans le sang. Villemin avait déjà constaté la virulence de ce liquide. Weischselbaum, Meisch, Lustig, Rutimeyer, y ont démontré la présence de l'agent spécifique. Les germes vont se déposer dans tous les organes, dans tous les tissus et suivant une foule de circonstances adjuvantes, s'arrêtent de préférence dans un ou plusieurs organes ce qui explique en partie les différentes formes cliniques qu'on observe : forme

typhoïde, forme d'embarras et forme latente, forme bronchitique pleurale, péritonéale, méningée, articulaire..... » (Introduction à l'étude de la médecine).

M. Broca en parlant de l'adénite suppurée, dit : « Qu'elle soit mono ou polyganglionnaire, l'injection modificatrice reprend tous ses droits et devient la méthode de choix », il faudrait sans cela enlever la peau altérée, ce serait un trop grand sacrifice des téguments.

On a reproché également au bistouri, la section de nerfs (plexus cervicaux, grand sympathique, spinal, hypoglosse, facial, pneumo-gastrique), des paralysies consécutives à la section de nerfs ; au point de vue esthétique enfin, on a vivement attaqué les cicatrices indélébiles festonnées parfois de chéloïdes consécutives à l'incision.

Il nous semble assez facile de répondre, tout au moins en partie, à ces différentes critiques :

1° Si on arrive sur le paquet vasculo-nerveux du cou, on disséquera à l'aide de la sonde cannelée, les ganglions adjacents ; c'est une mesure de prudence toute naturelle ; dès lors, ils sont réduits au minimum, les accidents consistant en sections nerveuses avec paralysies consécutives, en introduction d'air dans les veines, en perforation ou en section de vaisseaux et il faut bien avouer que la fameuse ligature de la carotide primitive de Poulet, est citée par tous les auteurs, justement parce qu'elle est un fait exceptionnel. Et d'ailleurs, à ce compte, jamais il ne faudrait se servir du bistouri dans cette région, quelque soit l'affection en face de laquelle on se

trouve en présence. Le médecin doit connaître son « Anatomie » et peut ne pas se hasarder à intervenir pas plus qu'il ne se hasarde à faire par exemple l'ablation du larynx chez un malade sur lequel il a diagnostiqué un cancer laryngé. C'est l'affaire du spécialiste au même titre qu'un grand nombre d'autres interventions au moins aussi délicates. Au reste, l'extirpation des ganglions tuberculeux est généralement aisée au cou. L'expérience clinique comme les autopsies montrent que pour la région cervicale, l'infection bacillaire et par suite la réaction ganglionnaire est d'autant plus intense que le ganglion est plus haut situé ; c'est-à-dire que si on a à pratiquer l'ablation d'un chapelet ganglionnaire allant de l'angle de la mâchoire inférieure à la clavicule, les ganglions au niveau du maxillaire seront plus ou moins volumineux, alors que les sous-claviculaires seront petits. C'est ce que nous avons essayé de mettre en évidence dans la planche 1 (voir page 15).

De par cette disposition qui est la règle, l'extirpation est certainement facilitée ;

2° Que si en présence d'adénites suppurées, on vient à enlever la peau altérée ce soit évidemment un trop grand sacrifice des téguments dans bien des cas, soit ; mais pourquoi l'enlever ? L'enlève-t-on quand on traite par ponctions et injections des adénites suppurées recouvertes par une peau mince, rouge, menaçant de céder, l'enlève-t-on même, quand elle s'est rompue sous l'influence de la tension exercée par le ganglion ? Bien au contraire, on fait tout ce qu'il faut pour la sauver. Pourquoi donc alors, si il

faut se servir du bistouri, ne pas ponctionner d'abord et faire une légère compression par dessus un pansement non pas antiseptique, mais à l'eau bouillie ou au sérum, afin de ne pas augmenter davantage la mortification qui a pu commencer ? ou si le temps presse, pourquoi ne pas intervenir comme si la peau était saine ? Grâce à des pansements ultérieurs bien faits, on aura peut-être la joie d'en conserver au delà de ses prévisions ;

3° Qu'il y ait eu des récidives et même de fréquentes récidives personne ne peut le nier, pas plus qu'on ne niera celles qui surviennent en dépit de soins constants, en dépit de toutes les injections et ponctions.

Nous citons à ce sujet l'observation suivante qui nous semble bien confirmer ce que nous avançons : le malade eut des récidives après intervention chirurgicale, il en eut après le traitement par ponctions et injections ; son état général restant très bon.

OBSERVATION IV

(Prise par nous à l'Institut Orthopédique de Berck).

M. L. D..., rentier, né en Angleterre, est âgé de 20 ans quand nous le voyons.

A l'âge de 9 ans, il eut des adénites sous-auriculaires, le long du bord antérieur du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, qui formaient une chaîne continue jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la clavicule (côté gauche).

Les adénites évoluèrent deux ans, jusqu'à atteindre chacune la grosseur d'une mandarine.

C'est à ce moment qu'on fit une *première* intervention sanglante en Angleterre ; le malade avait alors 11 ans (1901).

Trois mois après, réapparition de ganglions dans le prolongement de la première chaîne, jusqu'au niveau de la clavicule. — *Deuxième* intervention au bistouri en Angleterre.

Envoyé en Suisse pendant dix-huit mois, le malade, pour la troisième fois, voit se former une adénite à la face latérale gauche du cou, au niveau du cricoïde. Il revient en Angleterre où il subit une *troisième* intervention sanglante (1904).

A 17 ans (1907), M. D... retourne en Suisse. Après dix-huit mois d'évolution de nouvelles adénites, il est soumis à une *quatrième* intervention chirurgicale en Suisse, intervention portant sur des ganglions siégeant à deux travers de doigt au-dessous du conduit auditif externe, à gauche, et suivant une ligne sensiblement parallèle au bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire inférieur.

Cette dernière intervention n'eut d'ailleurs d'autre résultat que celui de doter le patient d'une nouvelle cicatrice. Le chirurgien, en effet, devant la profondeur, la multiplicité et la complexité des lésions, n'osa pas intervenir et referma la plaie.

Entre temps, évolution d'une chaîne de ganglions bacillaires le long du bord antérieur du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien *droit*.

Ce fut à ce moment que le malade arriva chez M. Calot, de Berck (avril 1908), qui lui fit deux injections par jour de naphтол camphré. Après le neuvième jour, la peau céda par suite de la tension exercée par les masses ganglion-

naires. On fit des pansements aseptiques compressifs et la réolution fut complète. Repos de deux mois avec traitement marin et pansements. Puis nouvelle série d'injections de naphтол et ponctions à gauche. A droite, les ganglions étaient traités simultanément par des injections d'huile iodoformée créosotée.

Très belle dentition.

En août 1910, c'est-à-dire treize mois après la fin du traitement, nous vîmes le malade à Berck ; son état général était très bon, mais il avait une nouvelle récurrence sous la forme d'un ganglion de la grosseur d'une noisette. C'est à ce moment que furent prises les photographies et que furent faits les dessins reproduits ci-contre, *Planche 2*. Dans le dessin (fig. n° 1), M. Fouchou a essayé de reproduire l'état du malade quand il est arrivé à Berck. (Récurrences après interventions chirurgicales).

La photographie (fig. n° 2), montre le malade, du même côté, longtemps après le traitement par ponctions et injections.

Dans le dessin (fig. n° 3), M. Fouchon a montré à peu près l'état du côté droit du malade lors de son arrivée à Berck. (Apparition de masses ganglionnaires).

La photographie (fig. n° 4), prise le même jour que la précédente, montre ce même côté redevenu normal et sans cicatrices.

La guérison du malade, nous le répétons, n'était pas complète puisqu'il y avait récurrence.

Il ressort de cette observation que, dans certains



Dessin fig. 1



Photo fig. 2



Dessin fig. 3



Photo fig. 4

cas, l'extirpation chirurgicale est insuffisante puisque non curative le traitement général est indispensable (dès que ce malade quitte Berck, il a, paraît-il, des récidives).

Ajoutons que la méthode par ponctions et injections (nous l'étudierons plus loin), fut dans ce cas imparfaite elle aussi.

Il nous reste encore à discuter deux des critiques que l'on adresse à l'intervention sanglante :

Les *auto-inoculations* et par suite la généralisation, consécutives à l'ouverture de foyers tuberculeux sont indéniables, mais elles ne sont de longtemps pas aussi fréquentes que certains spécialistes n'hésitent pas à l'affirmer.

À Berck, par exemple, les statistiques relatives à l'extirpation chirurgicale, indiquent 90 0/0 environ de guérisons alors qu'on ne note que très peu de récidives ou de morts tardives.

Et si les résultats obtenus à Vienne, Grünfeld, Bruns, Bonn, sont respectivement :

Pour les guérisons : 35, 71, 62, 62 pour cent ;

Pour les récidives : 48, 15, 20, 27 pour cent ;

Pour les décès tardifs : 18 et 11 pour cent accusés à Bruns et à Bonn, cela semble une confirmation éclatante de l'influence que nous attribuons au traitement général, et fait ressortir la supériorité de la cure marine dans les plages du Nord.

D'ailleurs, parmi les adénites abandonnées à elles-mêmes localement, le malade étant soumis à un traitement général intensif, parmi d'autres traitées loca-

lement par un procédé médical quelconque, il y en eût qui furent, elles aussi (le fait semble exister à l'état d'exception), suivies de généralisation. Sur qui donc rejeter la faute ? Est-ce sur le traitement local ou n'est-ce pas plutôt sur l'état de réceptivité du sujet considéré ? Nous croyons pouvoir conclure que :

Etant donné l'influence si favorable du traitement marin, c'est à lui surtout qu'on doit, à Berck, un tel pourcentage de guérisons par la méthode sanglante.

Etant donné les inoculations indéniables par voie lymphatique et surtout par voie sanguine ;

Etant donné les récides et les complications pulmonaires méningées ou généralisées après intervention chirurgicale (elles sont certainement de beaucoup plus fréquentes que par la méthode conservatrice) et nombreux sont les cas de généralisation ou de localisation à distance qu'on voit dans les services hospitaliers consécutives à une intervention sanglante ;

Etant donné les cicatrices indélébiles et souvent si disgracieuses dues au bistouri ;

Nous croyons pouvoir conclure que *l'intervention au bistouri est presque toujours aléatoire, tout au moins chaque fois que le ganglion est suppuré* (plus grandes chances d'auto-inoculation), or, un écouleux dont les adénites ont guéri après suppuration devient très rarement phthisique ; il semble donc naturel de chercher à provoquer la suppuration.

Comme nous avons pu nous en convaincre dans le service de M. le professeur Haushalter, à l'hospice de Maxéville (Nancy), la suppuration des adénites

tuberculeuses semble, en effet, jouer le rôle d'une véritable vaccination (nombre de petits écrouelleux se portent très bien sans aucune autre lésion tuberculeuse), il nous semble donc intéressant de citer, par anticipation, un des avantages du traitement que nous étudierons dans la suite, traitement par injections et ponctions, qui, justement, a pour but de provoquer la suppuration et, par suite, qui prémunit en quelque sorte au point de vue surtout de la généralisation contre les atteintes ultérieures de la bacillose.

Au point de vue esthétique enfin, il est évident qu'une piqûre de ponction est moins apparente que la cicatrice de l'incision, surtout si cette cicatrice se festonne de *chéloïdes*. C'est là certainement une des plus solides argumentations en faveur du traitement conservateur. Mais a-t-elle bien la même valeur dans tous les cas ? L'âge, le sexe, la condition sociale du malade sont à considérer.

Chez l'enfant, chez le vieillard, on préférera le traitement conservateur. La méthode par ponctions et injections sera la règle, les interventions sanglantes, l'exception.

De même sera justiciable du traitement conservateur, le sexe féminin car outre que la cicatrice ne peut être cachée sous la barbe, elle est plus disgracieuse sur un visage de femme, elle le défigure davantage, elle peut enfin être cause de fâcheuses conséquences par la difficulté qu'elle peut entraîner pour le mariage.

Il est une forme clinique qui fait exception à la règle générale que nous admettons : qu'il ne faut pas

opérer les adénites tuberculeuses — et cette forme est la « tuberculose hypertrophiante » qui consiste, comme nous l'avons vu dans l'atteinte par le bacille de Koch ou de ses toxines, de un ou plusieurs ganglions qui grossissent jusqu'à avoir le volume d'un œuf sans jamais suppurer, sans jamais se fusionner. Contre cette forme le traitement conservateur est inefficace, l'extirpation semble devoir être la règle. Tout au plus les séjours prolongés au bord de la mer semblent-ils avoir eu parfois une influence !

Enfin si l'on se trouve en face d'un *sujet porteur d'un très grand nombre de ganglions* peut-on espérer le traiter par la méthode conservatrice ou n'est-il pas plutôt indiqué de faire l'ablation chirurgicale de ses masses ganglionnaires ?

Voir à ce sujet l'observation III, page 75.

Des considérations étrangères à la clinique doivent entrer en ligne de compte :

Les conditions ne sont pas les mêmes en effet suivant la situation sociale du malade. Et si telle personne peut supporter les dépenses d'une cure marine et les frais plus ou moins onéreux d'un traitement qui doit durer de longs mois, il n'en est pas de même pour telle autre qui fait vivre les siens par son travail ; le plus qu'elle pourra faire sera d'aller à l'hôpital, il y faut attendre et il s'ouvre tard pour le travailleur, d'où perte de temps considérable ; trois fois par semaine, si ce n'est davantage, il perdra une demi-journée de salaire en admettant encore que son patron veuille garder un ouvrier aussi intermittent ! La méthode de choix pour un malade de cette condi-

tion devra donc être l'extirpation chirurgicale. La cicatrice, au reste, sera-t-elle si disgracieuse ? M. Morestin pratiquait l'extirpation par le plancher de la bouche !! C'était donc mieux encore que les ponctions et injections au point de vue esthétique ! Mais il faut avouer que, indépendamment d'une audace opératoire et d'une habileté prestigieuse nécessaires pour réussir, cette méthode n'a qu'un petit nombre d'indications ; de par sa grande difficulté elle reste inaccessible à la plupart des opérateurs.

Dollenger, lui, fait une incision de cinq centimètres de long environ, derrière l'oreille et par décollement énuclée en masse les ganglions. Nous ne citons ce procédé que pour mémoire ; il est très imparfait car il ne permet d'atteindre que certains ganglions. Ce qu'il faut, c'est *faire la plus petite cicatrice possible et pratiquer au maximum* l'évidement de la région cervicale. M. Ménard par sa technique semble avoir réglé ces deux conditions.

L'excision mesure trois à quatre centimètres, juste de quoi laisser pénétrer deux index ; elle est faite le long du bord antérieur du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien ce qui tend à la confondre, dans la suite, avec un pli de la peau normal à cet endroit. De par sa situation, elle permet d'aller loin sous la face profonde du sterno-cleïdo-mastoïdien où presque toujours sont cachés les ganglions.

Il y a parfois avantage à faire une deuxième et petite incision très bas, on la fera dans la direction de la première. Au point de vue esthétique comme au point de vue pratique, ces deux incisions remplace-

ront avantageusement une grande cicatrice unique qui s'étendrait de l'une à l'autre. Exceptionnellement enfin on fera une incision postérieure le long du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien.

Comme nous l'avons dit plus haut, on disséquera à la sonde cannelée. Enfin, dans la plupart des cas, on se contentera d'un bon pansement sans faire de points de suture dont les traces sont souvent plus difformes que la cicatrice elle-même.

Consécutivement à l'intervention chirurgicale, la cicatrice peut devenir irrégulière. On voit parfois se former si rapidement des points de réparation que, bientôt, ils sont transformés en brides. Après avoir coupé ces brides, il suffira de passer le crayon de nitrate d'argent sur les surfaces de section.

D'autres fois, au bout de quelques mois, des *chéloïdes* se produisent sous forme de bourgeons charnus à coloration vineuse. Préventivement quelques séances de radiothérapie, immédiatement après l'intervention suffiraient presque toujours à éviter la formation de ces productions si disgracieuses. Curativement c'est encore la radiothérapie qui rendra le plus de services.

La méthode de M. D. Darrier dans ce cas, méthode qui lui a donné des résultats définitifs, consiste en scarifications qu'on fait suivre d'applications de rayons X. Pour réveiller la vitalité des tissus on les soumet à l'électrolyse négative, puis on revient à la radiothérapie.

Le *lupus de la cicatrice* se produit assez souvent. Il rétrocedera jusqu'à disparaître par l'igniponcture.

Enfin, s'il se forme des ulcérations, des plaies atones, l'attouchement au nitrate d'argent suivi d'applications d'eaux-mères de Salies-de-Béarn donneront de très bons résultats.

II. — Méthode conservatrice.

On a essayé et préconisé successivement les applications locales médicamenteuses, les agents physiques et chimiques, les injections modificatrices.

Applications médicamenteuses

Les applications consistent :

1° En pansements secs par dessus des pommades à formules plus ou moins compliquées et qui n'ont donné que de mauvais résultats. Les différentes substances actives qu'on y enrobait furent : l'iodure de plomb, le collaryol des sels mercuriels.

2° En pansements humides avec des eaux mères de Salies-de-Béarn précédées de douches locales, avec de l'eau de mer, avec la solution de M. Barbier, savoir :

Chlorure de calcium.....	300 gr.
— sodium	} à à 45 gr.
— potassium	
— magnésium	
Eau q. s. p.....	1 litre.

Quand on sera en présence d'un ganglion à évolution subaiguë, ces applications pourront être employées avec quelques succès.

MM. Calvé et Andrieu, de Berck, toutes les fois qu'ils ont à traiter une adénite à évolution aiguë, se servent d'un pansement humide à l'eau alcoolisée ; cette thérapeutique, fort simple et à la portée de tous, donne de bons résultats et réussit parfaitement à calmer les phénomènes d'irritation.

Agents physiques et cliniques

Nous ne citerons que pour mémoire la *méthode de Bier* (instituée par la pose d'une ventouse sur l'adénite à traiter). Elle a donné de mauvais résultats.

On ne peut encore dire grand chose de la *radiumthérapie*. Peu employée jusqu'ici et depuis un petit nombre d'années, MM. Dominici et H. Chéron ont fait, il y a quelques mois à peine, une communication intéressante à ce sujet à l'Académie de Médecine.

Par l'introduction de tubes en argent contenant du sulfate de radium ils auraient obtenu une amélioration considérable et même la guérison de lésions tuberculeuses profondes extra-pulmonaires, telles qu'adénopathie, fistule consécutive à l'extirpation incomplète de foyers bacillaires, etc... Ces recherches leur ont démontré :

1° La supériorité de l'introduction des tubes radifères dans les foyers tuberculeux sur le procédé qui consiste à placer à leur surface des appareils à sel collé.

2° L'efficacité de la radiumthérapie à l'égard de

certaines lésions tuberculeuses qui se montraient jusque-là rebelles aux autres médications.

Ils concluent de ces résultats non pas à la précellence régulière de la radiumthérapie sur les autres modes de traitement des lésions tuberculeuses, mais à un encouragement à en continuer l'étude et à en combiner l'action à celle de la chirurgie et des divers agents physiques, tels que les rayons X, l'air chaud, la diathermie, sans oublier les cures hygiénique, médicamenteuse et orthopédique.

Jusqu'à nouvel ordre mieux vaut si on fait une incision en profiter pour extirper les masses ganglionnaires ; mieux vaut encore, croyons-nous, quand le cas le permet, c'est-à-dire bien souvent, ne pas faire d'incision et recourir à une autre méthode.

La *photothérapie* consiste à projeter sur la région malade certaines radiations du spectre à l'exclusion des autres. Elle n'a pas encore donné les résultats qu'on en attendait ; de par son action curative sur certaines tuberculoses cutanées (lupus), on était en droit d'espérer une action similaire sur les adénites. L'expérience semble en avoir fait décider autrement ; peut-être n'est-ce seulement qu'une question de mise au point ! Et cependant l'appareil de Finsen semble répondre à tous les desiderata : par l'abolition à peu peu près complète de rayons calorifiques (grâce à l'interposition entre la partie malade et la source lumineuse d'une solution de bleu de méthylène) par la rétropulsion du sang au delà de la région à traiter, il supprime toute cause de brûlure ; par sa disposition,

qui conserve le maximum d'énergie, son action est intense en un point bien déterminé.

L'intensité employée est celle d'une lampe de cinquante bougies de cent vingt volts ; la partie malade est espacée de vingt centimètres, chaque séance dure environ une demi-heure.

L'héliothérapie, par contre, instituée à Hyères, par Vidal, à Cannes, par Revillet, à Nice, par Malgat, à Leysin par Rollier, donne des résultats très satisfaisants.

Malgré la différence de pigmentation que déterminent les rayons solaires, suivant qu'on y soumette les malades dans la plaine ou sur les sommets (dans la cure d'altitude la coloration est intense au lieu qu'elle est légèrement bronzée dans la plaine) les résultats paraissent à peu près semblables dans les deux cas ; les adénites bacillaires sont très heureusement influencées par les bains de soleil.

Nous donnons à ce sujet la statistique suivante due à l'obligeance de M. le docteur Rollier de Leysin :

ADÉNITES TUBERCULEUSES CERVICALES

		Gueries	Améliorées	Station ^{res}	$\frac{1}{2}$
Non suppurées.....	20.	17	2	»	1 (1)
Suppurées.....	12	12	»	»	»
Supp. fistuleuses.....	18	16	2	»	»
	50	45	4	»	1

Ces bons résultats sont dus à l'action générale et à l'action locale de l'héliothérapie.

Au point de vue général, les malades vivent toute

(1) Par tuberculose miliaire, scrofulose et tub. pulmonaires avancées.

l'année à l'air vivifiant de l'altitude jour et nuit. Le soleil, d'autre part, est un merveilleux microbicide et le plus puissant des toniques. Par un entraînement gradué on soumet les porteurs d'adénites bacillaires à cette action bienfaisante de la radiation solaire dont l'intensité est un des facteurs essentiels du climat d'altitude et cette action vivifiante, combinée de la cure d'air et du bain de soleil, se traduit rapidement par une augmentation progressive de la force de résistance. Si il y a de la fièvre, elle tombe, l'appétit renaît, les fonctions intestinales se régularisent, le poids augmente.

Au point de vue local, on se sert uniquement de la lumière blanche, c'est-à-dire de la lumière solaire complète sans interposition de verres et sans recourir à la concentration de la radiation à l'aide de lentilles. Le procédé de Finsen qui consiste justement à concentrer la radiation rend des services en plaine où cette radiation est de faible intensité. Le rayonnement solaire n'atteint, en effet, les terres de la plaine qu'après avoir traversé toute l'épaisseur de la couche atmosphérique. Et les couches profondes de l'atmosphère des villes sont riches en poussières, en micro-organismes, en vapeur d'eau, elles absorbent la lumière dans des proportions pouvant aller jusqu'à 90 pour 100, selon leur densité. Elles absorbent énergiquement les radiations chimiques, lumineuses et caloriques, d'où justement l'emploi de lentilles puissantes.

Au bord de la mer ou dans la haute montagne ce procédé devient superflu. L'insolation des malades

se fait progressivement avec un entraînement très prudent, elle nécessite une stricte individualisation.

On doit débiter par les pieds le premier jour, le deuxième, les jambes et par étapes successives on arrive ainsi à la région cervicale.

En procédant ainsi on évitera toute congestion éventuelle, la pigmentation se fera sans danger de dermite ou d'érythème consécutifs.

Le premier jour on soumettra le malade à trois séances de cinq minutes, chaque jour, chaque séance doit être plus longue de cinq minutes et on arrive ainsi progressivement à des séances de trois à six heures, suivant la tolérance du malade.

Certains de ces malades arrivent même à se promener tout le temps sans observer aucune règle, le cou et la figure nus au grand air et au soleil, avec un chapeau de toile blanche.

L'héliothérapie réglementée ainsi progressivement est toujours bien supportée.

Son action est variable :

1° Ou bien les adénites bacillaires se résorbent et disparaissent spontanément et ceci quelque soit leur volume. Des ganglions de la grosseur d'une mandarine ont pu parfaitement rétrocéder complètement.

2° Ou bien les adénites se ramollissent. Dans ce cas on les ponctionne, sans jamais faire d'injection modificatrice, et on continue la cure solaire. La guérison sans cicatrice est la règle.

3° Ou bien les adénites sont suppurées, fistuleuses, avec injection surajoutée, et dans ce cas elles sont

souvent éliminées spontanément par le trajet fistulaire. « La glande sort « in toto » de sa capsule comme une noix de son brou ; une fois l'élimination terminée, la glande tombe comme un fruit mûr. Ce procédé d'élimination naturelle ne se produit que lorsqu'il existe une fistule qui tarit aussitôt après l'expulsion » (*La cure solaire de la tuberculose chirurgicale*, Rollier).

La durée du traitement varie suivant les formes cliniques.

Un chapelet ganglionnaire est plus long à guérir qu'une adénite unique ; l'adénite indurée est plus longue à guérir qu'un ganglion suppuré.

Les ganglions suppurés demandent en moyenne trois à quatre semaines d'héliothérapie avec une ou deux ponctions.

Les ganglions indurés demandent trois à douze mois, suivant le nombre et le volume.

Parfois dans un chapelet un ou deux ganglions se ramollissent à l'exclusion des autres. On les ponctionnera alors que les autres se resorberont spontanément.

Et M. le docteur Rollier cite un cas de guérison remarquable. C'est celui d'un malade porteur d'une adénite non suppurée du volume d'une mandarine récidivant après trois opérations et qui se résorba entièrement après cinq mois d'héliothérapie.

Ajoutons que l'héliothérapie agit aussi, ainsi que l'attestent les radiographies, et très efficacement sur les ganglions trachéo-bronchiques. Cette méthode, on

le voit, est d'une efficacité très grande, nous ajouterons que, malheureusement, elle n'est pas à la portée de tous.

Frappés par les bons résultats qu'attestent les statistiques relatives à la cure héliothérapique, nous avons pensé qu'il serait intéressant de savoir si dans les pays du soleil les tuberculoses externes en général et plus particulièrement la forme qui fait l'objet de notre étude étaient rares ou au contraire fréquentes. Les réponses que nous avons reçues furent celles qu'auraient donné la logique : les ganglions tuberculeux comme les autres manifestations de tuberculose externe sont beaucoup moins fréquents que dans nos pays. Bien plus, plus on s'éloigne des pays ensoleillés pour remonter vers les régions de brumes et de brouillards et plus est grand le tribut payé par les peuples à la bacillose.

Chaque jour la *radiothérapie* agrandit son domaine dans la thérapeutique des adénopathies tuberculeuses de par des faits d'observation clinique qui mettent en évidence la puissance de l'action régressive des rayons X sur les processus morbides dont certaines formes de ganglions bacillaires sont le siège. La raison de cette action thérapeutique est d'ordre physiologique et réside dans l'atteinte profonde que subit le tissu lymphoïde frappé par le rayonnement röntgénien. (Expériences démonstratives d'Heinecke, 1905.)

Hendrix, de Bruxelles, en 1878, fut un des premiers qui traita les adénites bacillaires par la radiographie

et à sa suite Redart et Barret, Bergonié la même année firent des communications fort intéressantes à ce sujet.

Ces mémoires ne restèrent pas sans lendemain. Leur firent suite, en effet, les articles de Desplats, de Ferran et Krouchkoll en 1905, de Røederer en 1906, de Barjon et de Kienbock en 1910.

L'analyse de leurs observations conduit à accorder sans conteste, droit de cité à la radiothérapie dans le traitement des adénopathies bacillaires.

Les expériences de Lortet et Genoud semblent d'ailleurs concluantes. Ces deux expérimentateurs inoculèrent, en effet, une série de cobayes de produits tuberculeux et soumirent trois d'entre eux à des irradiations quotidiennes de la région inoculée. Deux à trois semaines après, alors que les animaux traités n'avaient ni abcès ni périadénites, mais seulement des ganglions indurés ; les animaux témoins présentaient de l'empâtement et des abcès ganglionnaires. Au bout de trois semaines, la suppuration s'installait chez les animaux témoins alors que les ganglions des trois cobayes irradiés étaient notablement réduits de volume.

Ce qui se dégage actuellement de l'observation clinique est :

1° Que les ganglions tuberculeux au premier stade, même les plus volumineux offrent à la radiothérapie un champ d'action des plus favorables.

2° Qu'au stade de suppuration la guérison est possible moyennant l'évacuation préalable des foyers purulents, mais elle n'est pas constante.

3° Qu'au stade d'atrophie scléreuse, les rayons n'ont plus d'action.

Forme non suppurée.

Qu'on ait à faire, en effet, à un ganglion à évolution chronique ou à plusieurs ganglions entourés d'une gangue de périadénite, dès les premières séances, on voit cette gangue s'effondrer, les masses tuberculeuses diminuer, se ramollir légèrement en continuant à régresser progressivement. Plus tard se produit l'induration sous forme d'un petit noyau scléreux du volume d'un pois ; ou, dans certains cas, le ganglion disparaît complètement. Les résultats obtenus sont d'autant meilleurs et d'autant plus rapides, qu'on tarde moins à se servir des rayons X ; et s'il ne faut que quelques semaines pour obtenir la régression lorsqu'on se sera adressé, en temps voulu, à la radiothérapie, il faut compter avec plusieurs mois et de nombreuses séances, dans les cas déjà anciens.

Mais il existe des cas rebelles aux rayons Röntgen, et si au bout de huit à dix semaines on n'a pas de diminution sensible, il n'y a plus grand chose à espérer de l'action des rayons, étant donné que, grâce aux perfectionnements de la technique, aux irradiations en feu croisé, à l'emploi de rayons filtrés sous aluminium, grâce aussi à la possibilité d'applications subintrantes, la durée du traitement, si le cas est favorable, est devenue moins longue.

Quand on est arrivé à l'atrophie totale, il est de toute nécessité de continuer les séances quelque temps afin de prévenir le réveil de l'affection.

La guérison est-elle définitive ? MM. Oudin et Zimmern citent un cas d'adénite bacillaire traitée par eux en 1904 et qui est restée complètement guérie après cinq séances. L'expérience montre néanmoins la possibilité de récides.

Malgré les opinions différentes au sujet de la radiothérapie, nous n'hésitons pas à dire que les rayons X ne démentent pas leur efficacité dans les *formes suppurées* ou plus exactement dans certaines d'entre elles. Avec M. Barjon, nous pouvons considérer séparément les adénites suppurées à forme fermée et à forme ouverte.

En présence d'un *foyer suppuré et fermé* il importe avant de commencer tout traitement par les rayons X d'évacuer le pus par ponction aspiratrice, s'il est liquide, par expression après une très petite incision s'il est grumeleux ou épais.

Les résultats les plus satisfaisants seront obtenus si les ganglions sont mobiles, sans réaction inflammatoire de voisinage.

Après tarissement de la cavité on continuera les séances jusqu'à réduction complète de la masse ganglionnaire.

Si l'adénite se présente sous la forme phlegmo-neuse, la suppuration est favorisée par les irradiations, mieux vaut recourir à une autre thérapeutique, bien que certains auteurs préconisent, dans ce cas, la radiothérapie après incision large et drainage de quelques jours.

Foyer suppuré et ouvert. « Se trouve-t-on en présence d'ulcérations multiples, faisant communiquer avec l'extérieur d'anfractueux clapiers purulents, partiellement recouverts de croûtes, laissant s'écouler par expression un pus épais et grumeleux, entourés déjà de bourrelets chéloïdiens rougeâtres, la radiothérapie est encore indiquée. » (Oudin et Zimmermann) ; elle l'est dans un but esthétique plus que dans un but curatif dans ce cas et à notre avis, comme complément d'une autre méthode employée plus avantageusement.

Pour les *fistules*, enfin, réfractaires aux injections modificatrices, on se trouvera bien parfois de l'emploi des rayons X. On est, en effet, arrivé par quelques irradiations à amener la cicatrisation définitive. Mais le traitement ne devra être tenté que par des mains expérimentées, la peau environnante étant particulièrement sensible à l'action des rayons roentgèniens.

Consécutivement à ce mode de traitement, on a signalé plusieurs cas de *complications* et de *généralisation* tuberculeuse. (Jacobeus, Destot, Vales). — Sont-ils imputables à la radiothérapie seule ou à l'infection bacillaire d'un organisme affaibli ? Il nous semble bien difficile de répondre.

La principale complication est bien plutôt l'élévation de température survenant parfois quelques heures après les irradiations.

Cette élévation thermique semble, du reste, anodine et n'est que passagère.

En résumé, la radiothérapie semble donc être un

aide utile et fidèle dans bien des cas. On est en droit de l'essayer surtout au début de l'affection dans l'espoir d'obtenir une guérison définitive et comme adjuvant des autres méthodes dans un but esthétique.

L'*ionisation iodée* fut également essayée. MM. Blondel et Labbé citent à ce sujet le cas d'un malade traité par cette méthode. Il était porteur d'une adénite cervicale de la grosseur d'un œuf de dinde. L'ionisation fut pratiquée de la façon suivante : Une électrode était imbibée d'une solution d'iodure de potassium et placée sur le cou ; l'autre, très large, placée sur l'abdomen. Les séances furent de trois quarts d'heure deux fois, puis une fois par semaine, au cours desquelles l'intensité du courant fut portée graduellement à 100 milliampères.

Sous l'influence de ce traitement la tumeur rétrocéda manifestement ; elle se lobula, se divisa en deux masses, dont l'une disparut complètement et l'autre ne laissa qu'un nodule gros comme un noyau de cerise. La circonférence cervicale diminua de 42 centimètres à 36 centimètres.

Mais au cours du traitement, apparurent des signes d'une généralisation tuberculeuse qui emporta le malade rapidement.

Nous plaçons ici la d'arsonvalisation parce que, nous semble-t-il, le traitement des adénopathies tuberculeuses par les *courants de haute fréquence* pas plus que l'ionisation, n'est pas encore suffisamment au point pour qu'on puisse conclure de son utilité ou non. Néanmoins, jusqu'à présent, les sujets traités à l'aide du grand solénoïde ont semblé présenter un

relèvement manifeste de l'état général. Les courants de haute fréquence enfin alternant avec les ponctions ont, paraît-il, donné de bons résultats en dépit du scepticisme exagéré dont firent preuve les auteurs allemands vis-à-vis de cette thérapeutique.

Qu'on nous permette de placer ici un traitement, préconisé à juste titre, ces dernières années, consistant en injections médicamenteuses à distance et ayant pour résultat une action résolutive intense sur certaines formes d'adénopathies.

Se basant sur l'activité du *calomel* sur les amas plasmatiques dans les cancers, le lupus..... M. Hamel a essayé le calomel dans le cas d'adénopathies tuberculeuses avec *périadénite*.

« L'expérimentation, dit-il, est venue confirmer nettement cette conception thérapeutique. L'action du calomel a été nette et la *périadénite* a été supprimée rapidement. Il s'est produit d'ailleurs une action minime sur le tissu lymphoïde du ganglion qui a un peu diminué ; mais en somme, si l'action dissolvante sur la *périadénite* est incontestable, l'activité de la médication sur l'adénite elle-même a été des plus médiocres. »

D'après les quatre observations rapportées par l'auteur que nous venons de citer, d'après ce que nous ont dit MM. Loze, Calvé et Andrieu, de Berek, d'après ce que nous avons pu voir, il se dégage :

Que l'action du calomel est très nette toutes les fois qu'il y a de la périadénite, qu'elle est insignifiante ou nulle dans tous les autres cas.

Donc, en présence de gros ganglions entourés d'une

gangue, d'un empâtement rendant difficile et parfois délicat toute intervention, on tirera à coup sûr et rapidement, le meilleur bénéfice d'injections de calomel *et cela en dehors de toute syphilis*.

Les injections se feront intra-fessières à la dose de 0 gr. 05 centigr. pour un enfant d'une douzaine d'années.

S'il y a *association de syphilis et de tuberculose*, la conduite à tenir devant un ganglion cliniquement tuberculeux, doit consister dans le *traitement simultané de la vérole et de l'adénite bacillaire*.

Non seulement ces ganglions, s'ils sont soignés assez tôt, ne sont pas plus longs à guérir que les ganglions exclusivement tuberculeux, mais ils semblent, au contraire, dans la majorité des cas, rétrocéder plus rapidement. Pour notre part, dans le service de M. le professeur Spillmann, nous avons vu faire par lui, et avons pratiqué nous-mêmes des injections intramusculaires d'asurol qui avec un traitement local institué simultanément, ont donné d'excellents résultats, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par l'observation suivante :

OBSERVATION V (Inédite)

(Prise par nous
dans le service de M. le Professeur SPILLMANN.)

Mme D..., habitant la Meuse, a 33 ans, quand nous la voyons le 8 juillet 1910 à l'hôpital de Nancy (date d'entrée).

Jamais malade dans sa jeunesse, ses antécédents hérédi-

taires n'offrant rien de particulier à signaler, Mme D... se marie à 20 ans ; elle a un enfant de 14 ans bien portant (une seule grossesse, pas de fausse-couche).

Il y a huit ans et demi, son mari eut à la verge une lésion présentant les caractères d'un syphilome. Six mois après, la malade, sans avoir souvenance d'une éruption quelconque (elle avait uniquement constaté des plaques à la vulve, ses mictions étaient douloureuses et fréquentes), a successivement quatre atteintes de maux de gorge.

La première durant quatre mois.

La deuxième et la troisième, trois mois.

La quatrième, cinq mois.

Au moment où nous vîmes la malade, elle souffrait pour la cinquième fois de la gorge et cela depuis onze mois.

Au début de sa maladie, on lui avait fait six frictions mercurielles ; elle prit pendant trois à quatre mois du sirop de Gibert et aurait eu, en tout, trois injections d'huile grise espacées l'une de l'autre de vingt-cinq jours.

De plus, pendant dix jours, on lui fit quotidiennement des injections de cacodylate de soude. (Tuberculose du sommet droit au début).

Localement, on lui fit des attouchements de nitrate d'argent dans la gorge.

La malade se plaint quand nous la voyons, que ses aliments reviennent par le nez.

En examinant sa gorge, on constate une destruction totale de la luvette et des piliers antérieurs.

Au point de vue ganglionnaire, cette malade présente :

- 1° Une adénite siégeant à droite, au milieu du bord antérieur du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien ;
- 2° Une adénite sous-maxillaire gauche ;
- 3° Un petit ganglion sous-auriculaire droit.

L'adénite n° 1, évolue depuis deux mois et demi, il y a de la périadénite, elle est grosse comme une noix.

L'adénite n° 2, apparue depuis six semaines environ (c'est-à-dire dans la dernière quinzaine de mai 1910) est un peu moins volumineuse ; elle roule sous le doigt.

Les deux adénites ne sont pas douloureuses à la pression, mais la malade se plaint de lancées à leur niveau.

On institue alors (9 juillet 1911), le traitement général et le traitement local.

Le traitement général consistait, outre une alimentation abondante, du vin phosphaté glycérimé, en injections d'assurol (hydrargie, arsenic à à 0 gr. 02 centigrammes), on lui en fit une tous les trois jours intra-fessière.

Le traitement général consistait en injections modificatrices d'huile créosotée iodoformée (formule de M. Calot).

DATES	Adénite sterno-cléido-mastoïdienne (côté droit)	ADÉNITE SOUS MAXILLAIRE (côté gauche).
9 juillet 1910..	1 ^{re} injection.	
11 juillet	Le ganglion est rouge, enflammé; il semble moins gros, il est moins douloureux ; nous ne faisons pas d'injection.	1 ^{re} injection ; le ganglion est douloureux.
13 juillet	2 ^e injection après ponction : il n'y a plus de réactions inflammatoires.	Le ganglion est encore douloureux nous ne faisons pas d'injection.
19 juillet	3 ^e injection après ponction qui donne environ 1 cm. cube de pus roussâtre et filant.	2 ^e injection après ponction ; quelques gouttes de pus roussâtre, douleur, sensation de battements.
21 juillet	4 ^e injection après ponction donnant quelques gouttes de pus.	3 ^e injection ; le ganglion semble avoir très sensiblement diminué de volume, il est dur et n'est plus douloureux. (ponction blanche.)
23 juillet..	5 ^e injection (pas de ponction), le ganglion est sensiblement plus petit, il est dur, non douloureux.	4 ^e injection ; le ganglion a la grosseur d'un pois, il semble sclérosé.

Nous ne faisons rien localement pour le petit ganglion sous-auriculaire.

Le 23 juillet, au soir, la malade quitte le service pour retourner chez elle, on lui donne un mot pour son médecin, de façon à ce qu'il continue le même traitement.

Quand elle part, il y a une grande amélioration ; les deux ganglions traités ont évolué très rapidement vers la sclérose, le petit ganglion sous-auriculaire a régressé.

Nous revoyons la malade, le 10 novembre 1910, il n'y a plus trace apparente d'adénites. A la place occupée respectivement par les deux ganglions traités par les injections modificatrices, tout au plus sent-on à la palpation, une petite masse dure, mobile, de la grosseur d'une lentille. Quant au ganglion sous-auriculaire, il a disparu.

Méthode des injections et ponctions.

« Dans cette méthode, on va confier à des agents chimiques, à des caustiques et des antiseptiques, le soin d'aller combattre les colonies microbiennes et dissoudre et éliminer les productions tuberculeuses qui encombrant la cavité de l'abcès et entretiennent la suppuration. Tandis que les microbes plongés dans un milieu de culture qui leur est devenu défavorable perdront de leur vitalité ou de leur virulence, les fongosités dont la nutrition est imparfaite, se laisseront attaquer par ces agents. Elles se modifieront et se liquéfieront sous leur influence et seront entraînées au dehors avec le pus. Seuls y résisteront les tissus sains doués d'assez de vitalité et d'énergie. C'est assez dire que tous les tissus malades seront détruits. N'est-ce pas là l'idéal ? Le but sera plus

long à atteindre, il est vrai, que par la méthode chirurgicale, mais il le sera plus sûrement. » (Pesmes. Thèse Paris, 1901.)

Tels sont en quelque sorte brièvement résumés, les principes de cette méthode et les résultats qu'on en attendait.

Très nombreuses sont les substances qu'on a injectées et depuis Fabrice Aquapedente qui semble être le premier qui ait cherché à apporter une modification aux abcès tuberculeux par l'oxymel, Dupuytren avec le vin chaud, Velpeau avec le nitrate d'argent, Bonnet avec la teinture d'iode, Richet avec le sublimé, tentèrent d'obtenir ces mêmes effets.

De tous les produits qui furent ensuite employés, le sulfate de zinc, l'alcool, l'iodure de potassium, la solution iodo-tannique (Forgues), le calomel, l'acide phénique (Konig), les sels d'arsenic (Reclus, Billroth), l'éther et l'huile iodoformée (Verneuil), le chlorure de zinc (Lannelongue, Bouilly), le tanin, le salol, le naphтол camphré (David, Périer et plus tard M. Calot), le sous-nitrate de bismuth, le gaïacol, le phosphate acide de chaux, l'acide lactique (Robin), les naphtols *a* et *b* (Bouchard), le camphre, l'huile créosotée (Barbureau, Deroy), le gaïacol et l'iodoforme, la théosinamine, l'huile créosotée et l'aristol, l'eau oxygénée, l'éther sulfurique, l'eau de mer, l'eau de Salins, le chlorure d'or (Buc), la pancréatine, la poudre d'os (Fromner), la trypsine, le thymol camphré (Ménard), l'huile goménolée (Rollier et Boty), l'huile créosotée gaïacolée, iodoformée (Lannelongue, puis Calot).

De tous ces nombreux produits, disons-nous, nous ne retiendrons que l'*iodoforme* mêlé à certains produits ou dissous dans un véhicule quelconque ; le *naphtol* et le *thymol camphrés*.

L'*iodoforme* moins irritant que le *naphtol* et le *thymol*, est aussi moins actif.

On l'emploie de diverses façons :

Sous forme d'*éther iodoformé*.

Ce produit est d'un maniement délicat. A la température du corps, en effet, l'éther donne des vapeurs qui tendent à distendre la cavité injectée, jusqu'à faire rompre les téguments s'ils sont amincis, rouges et enflammés, dans le cas de téguments sains, les dangers sont moins grands mais persistent. Il faut donc agir avec précaution, c'est-à-dire qu'une fois l'injection poussée, on maintiendra la seringue de telle manière que par suite de la pression intérieure due aux vapeurs d'éther, le piston soit refoulé ; on retire alors la seringue, on remet le piston à fond de course et on replace le tout sur l'aiguille dès qu'à son embout apparaît de l'éther liquide.....

On retire aiguille et seringue quand il ne reste plus d'éther liquide dans la cavité ganglionnaire.

L'*iodoforme* se dépose sur toute l'étendue de la paroi interne du ganglion d'autant mieux que la cavité est légèrement distendue ; il agit comme sclérosant et desséchant.

Mieux vaut ne pas l'employer quand on a à faire à un pus grumeleux. Un grumeau peut obturer l'orifice du trocart et empêcher par suite l'issue des vapeurs d'éther.

Ces injections sont très douloureuses, aussi les remplacera-t-on volontiers par les solutions suivantes qui donnent à peu près les mêmes résultats.

A l'hôpital maritime de Berck (M. Ménard), on se sert de la solution suivante : (*Préparation A.*)

Gaiacol officinal	} a a	2 gr.
Créosote officinale		
Iodoforme		5 gr.
Éther anesthésique		20 gr.
Huile d'olive stérilisée q. s. p		100 cent. cubes.

Au sanatorium de l'Oise et des départements (M. Fouchon), le produit employé est sensiblement le même : (*Préparation B.*)

Gaiacol	} a a	2 gr.
Créosote		
Iodoforme		2 gr.
Éther		25 gr.
Huile d'olive stérilisée		100 gr.

M. Calot donne comme formule :

Créosote	4 gr.
Gaiacol	2 gr.
Iodoforme	2 gr.
Huile d'olive stérilisée	80 gr.

De ces préparations, toutes nous ont donné de bons résultats. Nous préférons cependant les deux premières (*A* et *B*) de par la présence d'éther qui solubilise l'iodoforme et le répand par suite mieux en une couche bien uniforme, sur les parois internes de la cavité ganglionnaire injectée.

On peut sans crainte envoyer un à deux centimètres cubes.

L'odeur d'iodoforme dans le liquide de ponction

persiste quelques jours. Injecté dans un ganglion bacillaire, l'iodoforme détermine une réaction passagère se manifestant par de la douleur (voir Observation III, page 75) et une ascension thermique de quelques dixièmes de degré. Bien qu'on ait signalé des cas de guérison après une seule injection, c'est l'exception. Il faut presque toujours une série de ponctions suivies d'injections.

Le liquide retiré des ponctions est plus fluide qu'au début du traitement, teinté de sang, il renferme des cristaux d'iodoforme. La paroi de la poche tend à s'épaissir au fur et à mesure des injections. *La guérison s'obtient par sclérose.*

De même que l'éther iodoformé, les solutions *A* et *B* sont contre-indiquées quand on aura à faire à un *pus* grumeleux, on les emploiera au contraire, quand on redoutera une action trop intense du naphthol ou du thymol camphrés.

OBSERVATION VI (Inédite)

(Prise par nous
dans le service de M. le Professeur SPILLMANN.)

M^{lle} Marie J..., 19 ans, de Nancy.

Antécédents héréditaires, rien de particulier à signaler.

Quatre frères et sœurs vivants et en bonne santé.

Quatre frères et sœurs morts jeunes de maladies du premier âge (?).

Un frère mort à 22 ans de tuberculose pulmonaire.

Au moment où nous voyons la malade elle nous dit avoir fait un séjour à l'hôpital de Nancy (salle XVI, service de M. le Professeur Spillmann) pour adénopathie cervicale droite. Cette adénopathie traitée par M. Spillmann par ponctions et injections a regressé complètement sans laisser aucune trace.

Depuis huit mois, nous dit la malade, évolue lentement le ganglion que nous examinons alors. Il siège dans la région sous-maxillaire gauche, il est assez dur et mobile, mais la peau est rouge ; sa grosseur est comparable à celle d'un petit œuf de poule. (Bonne dentition, poumons intacts.)

La malade fut traitée par des injections d'huile créosotée, iodoformée, gaïacolée (formule de M. Calot) ; on lui fit en tout dix-sept injections (1).

Les trois premières espacées de deux jours ; avant la quatrième une ponction donna environ dix grammes d'un pus fluide, jaune rosé. A partir de ce moment et chaque trois jours on lui fit une nouvelle injection chaque fois précédée d'aspiration. Indépendamment de réactions locales qui se produisirent au début, le pus diminuait peu à peu et le ganglion, évoluant vers la sclérose, avait à peu près disparu le quarante-sixième jour après le début du traitement.

Simultanément on avait recommandé à la malade une hygiène et un traitement général approprié.

Le ganglion, quand on cessa tout traitement local, était dur, sclérosé et de la grosseur d'un petit pois.

Cette malade, dont nous avons pris l'observation en novembre 1910, il y a donc un an, n'est plus revenue à l'hôpital depuis. Elle habite toujours Nancy ; il y a donc lieu de croire à une guérison tout au moins momentanée.

(1) On ne se servit pas de naphтол justement à cause de l'inflammation des téguments.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Prise par nous
dans le service de M. le Professeur SPILLMANN.)

M^{lle} Marie S..., âgée de 30 ans, cuisinière, s'aperçoit, le 30 mars 1910, qu'elle a une grosseur au cou. Cette grosseur augmente de volume pendant le mois d'avril.

Le médecin qu'elle voit à cette époque lui ordonne des pommades et à l'intérieur de la teinture d'iode ce qui, nous dit-elle, détermina chez elle des maux d'estomac. (Très bonne dentition.)

Les pommades n'agissant pas, elle essaie de cataplasmes, toujours sur l'avis de son médecin.

La grosseur augmentant toujours, ce dernier veut intervenir au bistouri.

C'est à ce moment (début de mai 1910), que la malade vient consulter M. le Professeur Spillmann en son service hospitalier. Il lui ordonne du métarseniate de soude et lui fait sept injections d'huile créosotée iodoformée (formule de M. Fouchon).

La première injection le 4 mai.

Les suivantes, le 6, 9, 12, 16 et 19 mai. La dernière, le 4 juin 1910.

Le ganglion tuberculeux qui avait la grosseur d'un œuf quand M. Spillmann vit la malade, diminua rapidement de volume. Chacune de ces injections, à partir de la troisième (9 mai), fut précédée de ponctions.

Au début, la peau était assez tendue et rouge ; c'est la raison pour laquelle M. Spillmann se servit d'huile iodoformée et non de naphtol. Le ganglion dur d'abord, dès la troisième injection, se ramollit ; le pus fourni par les

ponctions était liquide et jaunâtre ; la quantité qu'on en retirait en une fois variait entre cinq et un centimètre cube environ.

A partir du 4 juin, le traitement consiste en applications de compresses d'eau bouillie. La malade continue à prendre du métarseniate de soude.

Le 1^{er} juillet 1910, il ne reste plus qu'un petit noyau dur, de la grosseur d'un petit pois ; une goutte de sérosité suinte ; la malade fait des applications d'eau bouillie salée.

Le 30 juillet, le ganglion a disparu sans aucune cicatrice.

Nous avons vu la malade quatre mois plus tard (novembre 1910), son état général était excellent (1).

Le naphtol et le thymol camphrés plus irritants, plus toxiques (abstraction faite de certaines idiosyncrasies), sont employés les deux dans le même but, qui est : *de provoquer la suppuration ou de liquéfier un pus qui s'écoule mal.*

On sait combien le naphtol camphré a suscité de polémiques et combien, quelques accidents rares, il est vrai, mais aussi terribles qu'imprévus ont ébranlé la confiance de la plupart de ses adeptes les plus fervents. La littérature médicale contient plusieurs observations d'accidents parmi lesquels onze cas de mort, d'après les communications de M. Guinard (Société de Chirurgie, 11 mai, 20 décembre 1904), qui l'ont fait abandonner de bien des praticiens, malgré la fidélité de ses résultats.

Son succédané, le thymol camphré, est moins toxique et présente à peu près les mêmes qualités

(1) Cf. également observation IX, p. 119.

électives sur les fongosités tuberculeuses. On compte à l'hôpital maritime de Berck, sur un millier d'injections, deux cas anodins et un accident grave qui se manifesta par des vomissements et des crises épileptiformes.

Ainsi que semblent le montrer les travaux de M. Risacher (Paris, 1907), la toxicité du thymol est trois fois moindre que celle du naphtol.

Alors que pour 1 kilogramme d'animal, la dose toxique de naphtol camphré est de :

2 cent. cubes (injecté par voie sous-cutanée).

1 cent. cube (injecté par voie péritonéale).

Celle du thymol camphré est de :

6 cent. cubes (voie sous-cutanée).

3 cent. cubes (voie péritonéale).

Malgré l'optimisme de certains spécialistes, nous croyons pouvoir affirmer que le naphtol camphré est une substance toxique délicate à manier. Que les accidents soient la conséquence d'une idiosyncrasie, du mauvais fonctionnement du filtre rénal, d'embolies graisseuses ou de l'altération du naphtol lui-même, on ne saurait jamais assez prendre de précautions, si on vient à l'employer. Il est très actif, il agit à coup sûr, mais il peut être dangereux.

Le naphtol doit être fraîchement préparé, il doit être conservé à l'abri de l'air et de la lumière dans des flacons en verre jaune : Il doit être mélangé à une matière inerte et on fera ce mélange pour plus de sécurité, au moment de s'en servir.

M. Calot donne comme formule :

Naphtol camphré.....	2 gr.
Glycérine neutre stérilisée	10 gr.

On triture bien ce mélange dans un mortier ou mieux on fait un brassage énergique en agitant à la main dans un flacon fermé à l'émeri.

Avec un corps inerte, la glycérine, par exemple, le naphtol camphré est émulsionné en très petites particules invisibles à l'œil nu, il est soluble dans l'eau.

Si dans un cristalliseur plein d'eau, on laisse tomber du naphtol camphré non glyciné, il va au fond sous forme de grosses gouttelettes, qu'on ne peut, en agitant le tout, que diminuer faiblement de volume ; elles se divisent pour se rassembler. Si le mélange avec la glycérine est bien fait, on a, après agitation, une solution limpide qui semble parfaitement homogène.

Ansi préparé, le naphtol camphré glyciné ne devra être employé que pour liquéfier un pus grumeleux ou trop épais pour pouvoir être aspiré, il rendra de grands services pour liquéfier ses fongosités.

On ne l'injectera qu'après s'être bien assuré que la cavité ganglionnaire ne saigne pas (une légère aspiration lèvera tous les doutes) ; enfin, il faudra tâter la susceptibilité du sujet, en commençant par de très faibles doses (quelques gouttes) pour augmenter, si besoin progressivement sans jamais atteindre 2 grammes. L'injection devra être poussée très lentement et on sera prêt au moindre incident à aspirer le liquide de l'injection. Si au point de vue général,

on ne note ordinairement pas de réaction, au point de vue local, après un gonflement survenant au bout de quelques heures, la peau devient rouge et tendue, tandis que le malade sent parfois une gêne assez pénible qui disparaît spontanément en quelques heures.

Au sujet du pouvoir liquéfiant du naphthol camphré, nous citons les observations suivantes :

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Prise par nous
dans le service de M. le Professeur SPILLMANN.)

M^{lle} G..., 17 ans, à Nancy, pas d'antécédents héréditaires ni personnels, bonne dentition.

La malade a un ganglion à droite, au niveau du cricoïde, et placé sur le bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien.

Il évolue depuis deux à trois mois, il a la grosseur d'une noix, il est mi-consistant et mobile sous le doigt.

Le 26 janvier 1911, injection d'huile iodoformée (formule de M. Fouchon).

Deux à trois jours après, nouvelle injection de la même solution.

Ces deux injections n'ayant provoqué aucune suppuration, nous injectons quelques gouttes de naphthol camphré glycéринé. Trois jours après : ramollissement et la ponction après une nouvelle injection de quelques gouttes de naphthol, donne 1 à 2 centimètres cubes d'un pus bien liquide.

A partir de ce moment, on supprima le naphthol pour ne

plus employer que l'huile iodoformée. Après une série de ponctions et injections espacées de trois à cinq jours et pendant deux mois et demi environ, la malade ne présentait plus les premiers jours de mai 1911, qu'un petit noyau induré de la grosseur d'un petit pois.

OBSERVATION IX (Inédite)

(Prise par nous
dans le service de M. le Professeur SPILLMANN.)

M^{lle} Germaine L..., 14 ans, à Nancy.

Sœur (16 ans) opérée d'un ganglion suppuré de la région cervicale postérieure. Ce ganglion durait depuis deux ans et demi, suppura deux mois, puis roussâtre et filant. On intervint au bistouri et on en fit le curetage. La malade en a conservé une cicatrice avec chéloïdes (l'intervention date de deux ans).

M^{lle} Germaine L..., la malade qui nous intéresse a une bonne dentition, les poumons intacts, elle est pâle et anémiée.

Il y a quatre mois, c'est-à-dire en avril 1910, la petite malade a remarqué dans la région sous-maxillaire droite juste au-dessous de l'angle de la mâchoire, une petite tumeur qui est allée en grossissant peu à peu jusqu'à acquérir le volume d'une noix. C'est à ce moment (4 juillet 1910), que la malade vient à l'hôpital. Ganglion tuberculeux mobile roulant sous le doigt. Pas d'inflammation.

A gauche, un deuxième ganglion dans la région cricoïdienne.

Le ganglion de gauche, disons-le tout de suite, ne fut pas

traité localement et rétrocéda sous l'effet du traitement général.

Première injection d'huile iodoformée, le 4 juillet dans le ganglion de droite. Le 9 juillet ganglion non fluctuant, peau rouge, œdématiée. Deuxième injection d'huile iodoformée. (Nous prenons la photographie, fig. 1, *planche III*, avant cette deuxième injection).

Le 11 juillet, troisième injection. Le 20 juillet, la ponction donne un peu de pus. Nous faisons une quatrième injection. 22 juillet, ponction blanche, cinquième injection. 25 juillet, sixième injection. Le ganglion est très diminué de volume (volume d'une amande). 27 juillet, septième injection. 30 juillet, huitième injection, le ganglion est dur, sclérosé un peu plus petit. Vers le 20 novembre 1910, nous revoyons la malade, il n'y a plus trace de ganglion (ainsi que le montre la fig. 2, photo prise en juin 1911).

Le 3 mai 1911, la petite malade revient à l'hôpital porteuse d'un ganglion sous-maxillaire à gauche, dur, du volume d'une amande.

Les injections d'huile camphré ne donnent pas de résultats, nous injectons quelques gouttes de naphтол deux fois de suite, à deux jours d'intervalle, qui provoquèrent la formation d'un pus bien liquide. A partir de ce moment, nous fîmes des injections d'huile iodoformée, et la petite malade en juin 1911, semblait parfaitement guérie sans trace aucune de ses adénites.

Le *thymol camphré* est plus bénin, son emploi est plus commode pour le praticien. Il n'est guère facile, en effet, dans la pratique ordinaire de préparer pour chaque besoin, la solution à injecter. Ce qui est aisé pour le spécialiste ou dans un service hospitalier (on a des aides), devient une grande complication dans



Photo fig. 1



Photo fig. 2

la clientèle, et de ce fait, le spécialiste aura plus de chances de succès. Etant donné que, en dépit de toutes les précautions, le naphthol a été cause d'accidents graves, qu'on a signalé des cas de mort consécutifs à son emploi, nous tenons à insister sur ce fait que même si le naphthol camphré était plus efficace que le thymol camphré, la guérison plus rapide d'un très grand nombre de malades ne vaudrait pas les risques d'une mort d'homme. Mais dirons beaucoup d'adeptes du naphthol, nous l'avons souvent employé et jamais nous n'avons eu d'accidents ! Nous n'hésitons pas à répondre que nous aussi, nous nous en sommes servi plusieurs fois, que très souvent nous l'avons vu injecter dans des ganglions et dans des articulations et que jamais nous n'avons eu ni avons assisté à des accidents même bénins ; bien plus les résultats que nous avons pu observer étaient toujours positifs ; et cependant malgré tout, nous donnons la préférence au thymol camphré, puisque ayant les mêmes qualités, il présente certains avantages. Nous les verrons dans ce qui suit :

Le thymol camphré se prépare en mettant en contact deux corps cristallisés (le thymol et le camphre) dans la proportion de :

Thymol	Une partie.
Camphre.....	Deux parties.

On obtient ainsi un liquide sirupeux, d'odeur forte, soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, insoluble dans l'eau.

Après filtration, il se présente, au microscope, sous forme d'une émulsion composée de petits globules. Comme le naphтол, il a donc le même défaut : l'émulsion peut provoquer des embolies capillaires. Comme pour le naphтол avec la glycérine, on y remédie par l'addition d'éther sulfurique (parties égales), qui justement dissout ces gouttelettes émulsionnées.

Comme pour le naphтол, il faut débiter par de faibles doses pour n'augmenter que progressivement jusqu'à atteindre au maximum 5 centimètres cubes pour une injection.

D'une conservation plus facile que le naphтол, il est pur au même titre, il est plus antiseptique ; enfin, comme nous l'avons déjà dit, il est trois fois moins toxique.

De même que le naphтол, le thymol a une action élective sur les fongosités et les masses caséeuses, qu'il ramollit et liquéfie en un ou deux jours. Plus efficace que l'iodoforme, il provoque une irritation plus grande qui est antiseptique ; le soir de l'injection, il détermine des phénomènes douloureux au niveau du ganglion injecté qui devient tendu, gonflé d'une façon inquiétante même parfois. L'ascension thermique est fréquente et avec elle apparaît un malaise général qui se dissipe peu à peu spontanément. Dans le cas de tension de la poche ganglionnaire, on se trouvera bien de l'emploi de pansements humides.

L'action du thymol est intensive parfois au point de donner, semble-t-il, comme un coup de fouet à la

lésion : l'abcès se reforme très vite. Il suffit dans ce cas, de ponctionner souvent, opération que l'on fera suivre ou non de nouvelles injections de thymol, selon que le pus sera épais ou liquide.

Le pus aspiré exhale une forte odeur de camphre ; il est de coloration brun noir, rougeâtre, visqueux et adhère aux parois de l'aspirateur. On l'obtient tel en moyenne, au bout de quarante-huit heures.

Les injections provoquent donc des modifications profondes du pus et des fongosités. Tandis que le pus grumeleux est liquéfié, les fongosités, après avoir perdu leur coloration pâle, sont résorbées ; à leur place, apparaissent de petits bourgeons charnus d'une coloration rosée de bonne augure. C'est ce qu'on a pu maintes fois observer consécutivement à l'application de ces antiseptiques que nous venons d'étudier, après ouverture au bistouri.

Le mécanisme de l'action produite est le suivant : l'abcès froid est transformé en abcès chaud ; les liquides modificateurs agissent par irritation. Cette irritation provoque de la polynucléose et les polynucléaires contiennent justement le ferment qui dissout les fongosités par digestion des albumines coagulées. (Recherches de Fiessinger et Coyon). L'irritation est au reste aseptique au même titre que celle que produit de la térébenthine dans un abcès de fixation.

Nous citons, au sujet de l'action du thymol, les deux observations suivantes :

OSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le Docteur ANDRIEU, chirurgien-assistant de l'hôpital maritime de Berck).

M. L..., commis voyagur, 27 ans.

Ganglions sus-thyroïdiens médians, du côté droit, trois ou quatre de la grosseur de noisettes et de pois.

L'un rouge et douloureux, periadénite. Ponction le 11 juillet 1910 (blanche), l'aiguille était trop fine. Pansement alcoolisé, puis ponction au petit trocart.

Le 13 juillet. — Pus rougeâtre. Pas d'injection modificatrice.

16 juillet. — Ponction, pus rougeâtre, injection de quelques gouttes de thymol camphré.

17 juillet. — Ponction, pas d'injection.

18 juillet. — Ponction, pas d'injection.

21 juillet. — Ponction, injection de thymol camphré.

23 juillet. — Ponction, pas d'injection.

25 juillet. — Ponction, thymol.

28 juillet. — Ponction, thymol.

1^{er} août. — Ponction, pas d'injection.

7 août. — Ponction.

22 août. — Ponction, très peu de liquide.

29 août. — Le liquide ne s'est pas reproduit, les ganglions voisins sont très diminués de volume. Pas de périadénite. La peau a depuis quelque temps repris sa coloration.

30 septembre. — Le malade quitte Berck complètement guéri des ganglions suppurés. Les autres ne sont perceptibles qu'à une recherche attentive.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le Docteur ANDRIEU, de Berck).

M^{lle} Marguerite P..., modiste, 18 ans.

Anciennes adénites carotidiennes bilatérales et sous-maxillaires cicatrisées depuis plusieurs années.

Adénite biganglionnaire en arrière du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, région carotidienne moyenne. L'un d'eux est suppuré.

M. Andrieu voit la malade, le 10 février 1911.

Ponction le même jour, sans injection.

Huit ponctions à trois ou quatre jours d'intervalle avec injections de thymol.

Onze ponctions à cinq jours d'intervalle en moyenne, sans injection.

Une ponction le 29 mai et une dernière le 13 juin.

Quitte Berck, le 1^{er} octobre 1911, guérie depuis le mois de juillet.

Le petit ganglion satellite a disparu.

Comment et quand doit-on pratiquer ces injections et ponctions.

Dans la moitié du siècle dernier, plusieurs chirurgiens, Boyer, Marc Antoine, Petit, Jules Guérin, parmi les principaux, reconnurent la supériorité de la ponction étroite sur l'incision, pour obtenir la guérison des abcès froids en général.

Bonnet fut le premier qui eut l'idée de faire suivre

la ponction d'une injection irritante, appliquant ainsi aux affections tuberculeuses, le traitement déjà en usage pour l'hydrocèle.

Malheureusement, les procédés étaient loin d'être parfaits. Boyer se servait tout simplement pour pratiquer une ponction, d'un bistouri étroit qu'il enfonçait très obliquement au point déclive de la tumeur ; puis après avoir pressé légèrement sur celle-ci, pour en faire sortir le pus, il rapprochait les lèvres de la blessure au moyen d'un emplâtre agglutinatif. Quelques jours après, il faisait de nouvelles ponctions ; et il eut ainsi la chance de voir parfois des abcès se tarir.

Marc Antoine et Petit, se servaient d'« un couteau étroit » et vidaient l'abcès à l'aide d'une ventouse.

Quant à Jules Guérin, il se servait d'un trocart plat auquel il adaptait une seringue aspiratrice.

L'abcès se reproduisait indéfiniment.

Bonnet pense alors à injecter des substances modificatrices.

Les résultats furent loin d'être ceux qu'on attendait. Cette méthode fut délaissée peu à peu et Saint-Germain déclara que « la ponction des abcès froids est sous ses allures timorées plus redoutable que l'incision ». On ignorait l'antiseptie et l'aseptie.

De nos jours, enfin, quelques chirurgiens préconisent encore l'injection seule, d'autres principalement les injections. Il faut avoir recours aux deux, il faut savoir surtout bien s'en servir et presque toujours on aura des résultats très satisfaisants, des guérisons sans cicatrice difforme.

(*Matériel nécessaire*). Avant de faire une ponction ou une injection, il faudra avoir les mains chirurgicalement propres.

Une large surface de peau au niveau de l'endroit où on doit opérer, sera minutieusement nettoyée à la teinture d'iode, les instruments stérilisés seront à portée.

Indépendamment des objets nécessaires pour préparer la place où portera l'intervention et de ceux qui sont nécessaires pour un pansement (gaze et coton hydrophile stérilisée, bandes (Velpeau de préférence), alcool, éther, teinture d'iode, etc., substances à injecter), les praticiens se servent, les uns :

- 1° D'aiguilles et trocars ;
- 2° D'une seringue en verre (type Lüer) ;
- 3° D'un aspirateur.

Les autres rejettent l'aspirateur et le remplacent par une seringue en verre d'une capacité de 10 centimètres cubes généralement.

Pour les *aiguilles et les trocars*, tout le monde semble à peu près d'accord ; on emploie quatre numéros d'aiguilles dont la plus fine correspond à la grosseur des aiguilles pour injection hypodermique et des trocars modèle Collin, n° 1, 2, 3 et 4.

Cependant comme le fait observer M. Calvé, de Berck, le trocart ne doit pas porter d'œil latéral.

Les deux millimètres et demi sont suffisants pour laisser passer un pus très sirupeux ou des fongosités de moyen volume ; un plus *gros trocart expose à la formation de fistules*.

L'*œil latéral*, d'autre part, offre plus d'inconvé-

nients que d'avantages. S'il est vrai, en effet, que cet œil latéral au cas où il y a des grumeaux, permet au pus de s'écouler lorsqu'un grumeau est attiré et fixé sur la lumière inférieure du trocart, il peut arriver aussi qu'il soit accroché par l'œil latéral et quand on retirera le trocart, il pourra se faire que le grumeau implanté dans l'orifice latéral soit tiré à l'extérieur avec lui. On s'expose ainsi à infecter le trajet parcouru. Ce trajet doit se fermer de lui-même après l'intervention ; il est impossible de le nettoyer ou même de le surveiller à moins d'incision et on fait justement les ponctions et injections pour éviter toute intervention au bistouri. Quant au grumeau qui pourrait se loger dans la lumière inférieure du trocart, justement parce que la lumière est inférieure, c'est-à-dire à peu près perpendiculaire au trajet du trocart dans les téguments, le grumeau disons-nous, sera chassé mécaniquement quand on retirera le trocart de la cavité ganglionnaire. Le grumeau fixé dans l'œil latéral au contraire, serait en quelque sorte coincé.

M. Calvé a imaginé de se servir de trocarts plus courts que ceux du modèle courant. Il se sert de trocarts de 4 à 5 centimètres de long : c'est tout ce qu'il faut pour atteindre les ganglions les plus profondément situés, ils sont plus commodes et on s'expose moins avec ces derniers à dépasser le but visé, par une trop brusque et trop violente pression.

Nous ne voyons pas pourquoi on attribue aux trocarts une telle supériorité sur les aiguilles de même calibre.

Leur seul avantage est qu'ils sont pourvus d'un mandrin mousse de telle manière que si un grumeau vient à obstruer la lumière du trocart, on puisse avec le mandrin, écarter le grumeau et continuer l'aspiration.

Deux cas peuvent se présenter :

Ou bien on peut éloigner le grumeau qui ne revient plus et alors le trocart présente un grand avantage ;

Ou bien le grumeau tend à revenir à la place qu'il occupait.

Etant donné que nous nous rangeons à l'avis de certains spécialistes des plus autorisés pour condamner le trocart avec œil latéral, il n'y a aucune raison pour que le grumeau ne revienne pas, bien au contraire, par suite de l'aspiration, il est pour ainsi dire obligé de revenir à l'extrémité inférieure du trocart.

Pourquoi donc, puisque nous possédons des substances liquéfiantes, ne pas en injecter quelques gouttes et remettre la ponction à quarante-huit heures ? Elle n'offrira plus de difficulté. Cette conduite nous semble plus simple et bien préférable à une obstination parfois vaine.

Dès lors, plus besoin de trocars et à notre avis, les aiguilles suffisent. Ce seront, par exemple, quatre aiguilles de 5 centimètres de long et ayant comme calibre, un demi, un, un et demi, et deux millimètres. Leur canon sera établi pour s'adapter sur la seringue et l'aspirateur employés.

La seringue en verre (type Lüer) est admise par tous, elle est parfaitement stérilisable. C'est l'instrument indispensable pour les injections. Mieux vaut

préférer à la seringue du modèle courant, une seringue d'embout à base large (plus grande solidité) et de lumière assez large. (Modèle Calvé, par exemple.)

L'*aspirateur* prôné par les uns est fortement attaqué par les autres. Il a cependant de réelles qualités :

Le vide une fois fait, l'*opérateur a une main libre*, ce qui lui permet entre autres avantages :

D'immobiliser le ganglion de la main gauche ;

D'exercer avec cette main, une légère compression qui aura pour but de refouler le pus vers l'extrémité de l'aiguille, au cas où on aura à faire à une cavité vaste et anfractueuse ;

D'exercer une aspiration continue en retirant le trocart (nous y reviendrons dans la suite, page 134).

Mais, outre que le piston peut mal fonctionner, le principal reproche qu'on fait aux aspirateurs actuellement en usage, c'est d'être d'une stérilisation très difficile. Ces aspirateurs sont, en effet, construits à peu près sur le modèle des appareils Dieulafoy, Polain..., mais de capacité naturellement bien inférieure. Et M. Calvé, écrit avec juste raison : « Les appareils qui servent à pratiquer une ponction d'abcès froid tuberculeux, doivent pouvoir être bouillis ou stérilisés à l'étuve sèche (stérilisateur Poupinel). Les manches en bois, en ivoire, en ébonite, les pistons en cuir, en amiante, en étoupe, etc., devront être proscrits pour cette raison. » (*Traitement des abcès froids tuberculeux d'origine osseuse par la méthode conservatrice*, Calvé, 1910.)

Nous inspirant de ces idées, nous avons imaginé un

aspirateur qui répond, nous semble-t-il, à tous les desiderata.

L'aspirateur se compose de seringue, d'un chapeau, d'un piston et d'un robinet.

Le *chapeau*, seul, est en métal ; les autres éléments sont en verre.

Corps de seringue. — Il y a des dimensions telles qu'on peut faire des aspirations jusqu'à 15 centimètres cubes. Sa partie inférieure est construite d'une façon un peu spéciale pour pouvoir utiliser un robinet en verre et qui supprime la pièce intermédiaire de métal difficilement stérilisable.

Chapeau. — Il coiffe la partie supérieure du corps de seringue sur lequel il s'adapte à frottements très doux. Le fond du chapeau est percé d'un trou de même diamètre que le piston. Toutefois, deux saillies du métal, diamétralement opposées *a*, *a'*, sont conservées. Elles ont pour but de maintenir le piston en des points déterminés de sa course.

Piston. — C'est un cylindre en verre qui porte trois gorges transversales, *b*, *c*, *d*, et deux rainures longitudinales diamétralement opposées, qui règnent depuis l'extrémité supérieure du piston jusqu'à leur rencontre avec la gorge inférieure *d*. (*Planche IV.*)

Fonctionnement. — Supposons le piston à fond et amenons le chapeau sur le corps de seringue en engageant les saillies *a* et *a'* dans les rainures *f* et *f'*. Le robinet est en place et fermé. Nous tirons le piston, et en le faisant, nous pouvons, si c'est nécessaire, lui donner un mouvement hélicoïdal pour faciliter le glissement, grâce auquel le chapeau coiffe l'aspira-

teur à frottement doux. Lorsque la gorge *b*, arrive à hauteur du chapeau, si nous faisons tourner le piston, les saillies *a* et *a'* pénétreront dans cette gorge *b*, la pression atmosphérique appliquera le chapeau par l'intermédiaire du piston, sur le corps de la seringue et l'aspirateur sera armé avec un vide de 5 centimètres cubes, résultant des dimensions données.

Si au lieu d'engager les saillies dans la gorge *b* on les engage dans la gorge *c* ou dans la gorge *d*, on a des vides respectivement de 10 ou de 15 centimètres cubes.

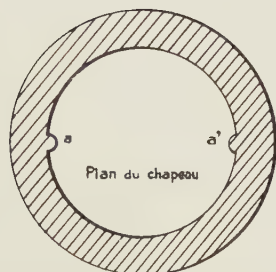
Le robinet est en verre.

Les aiguilles, avec canon s'adaptant à frottements durs sur l'embout de l'aspirateur, ont les dimensions qui résultent de la discussion des pages 127 à 129.

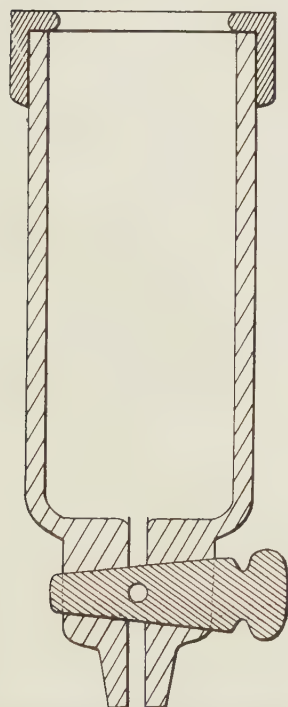
Ceci posé avant toute intervention, on cherchera les rapports du ganglion avec les organes voisins. On évitera ainsi les gros vaisseaux, d'une main on immobilisera alors le ganglion, de l'autre, la conduisant entre le pouce et l'index, on enfoncera l'aiguille obliquement jusqu'à ce que, après avoir éprouvé une résistance plus ou moins grande, variable selon la paroi du ganglion, on sente la pointe de l'aiguille libre et flottante dans une cavité.

Il est préférable que l'aiguille fasse un angle aigu avec les téguments, de cette manière, une fois qu'elle sera retirée, la peau formera pour ainsi dire clapet sur cette petite plaie dont la cicatrisation sera par suite plus rapide.

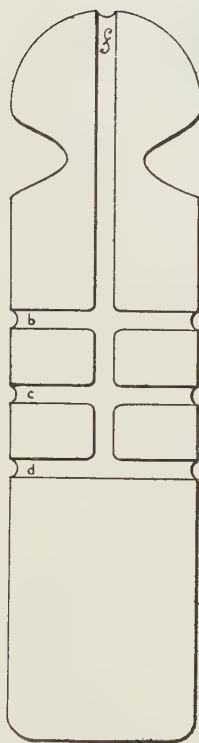
Si le point où l'on enfonce l'aiguille peut être quelconque, quand il s'agit de ganglion à évolution froide,



Plan du chapeau



Coupe de l'aspirateur coiffé de son chapeau



Elevation du Pignon

J. L. Lefebvre

sans réaction, lorsqu'il n'y a pas d'inflammation cutanée, il n'en est pas de même dans le cas contraire et surtout si la peau est tendue, rouge, prête à céder. Dans ce cas, il faut de toute nécessité *pénétrer dans le ganglion en piquant dans la peau saine*, à un bon ou à deux centimètres des téguments enflammés. Généralement, cette précaution évitera la formation d'une fistule qui ne manquerait pas de se produire si on agissait autrement. Un pansement légèrement compressif sera une garantie de plus.

S'il s'agit d'une ponction simple, on adaptera l'aspirateur à l'aiguille ; on cessera l'aspiration s'il apparaît du sang mêlé au pus, on fera un pansement compressif et pas d'injection. Il est bon de savoir que dans ce cas, le liquide retiré à la prochaine ponction pourra avoir une coloration noirâtre, coloration due au mélange du sang plus ou moins altéré avec le pus.

Ce sang qui peut apparaître à la fin de l'aspiration résulte d'une aspiration continuée mal à propos, il est difficile d'écrire quand il faut s'arrêter pour n'avoir pas cet inconvénient ; mais en deux mots, la sensation de mollesse flasque du ganglion, l'irruption lente, paresseuse du pus dans l'aspirateur, indiqueront qu'il vaut mieux s'arrêter.

S'il s'agit d'une injection, sans ponction préalable, on fera d'abord avec la seringue vide, une légère aspiration et c'est après s'être assuré qu'il n'apparaît pas de sang qu'on injectera une solution appropriée.

Certains auteurs recommandent au cours de la ponction de malaxer la poche purulente dans le but de faciliter, d'activer l'écoulement du pus. Mais, outre que cette manœuvre ne pourrait faire gagner qu'un temps dérisoire, elle est tout à fait nuisible, on peut ainsi rompre les parois de l'abcès, et dans quelque cas que ce soit, le malaxage est à rejeter.

L'injection une fois poussée, reste à retirer l'aiguille ; nous ne saurions trop insister sur l'importance de cette manœuvre qui semble cependant bien simple. Il est de toute nécessité d'*aspirer en retirant l'aiguille*, une fois qu'elle sera en dehors de la poche ganglionnaire, d'une main, on immobilisera le ganglion, de l'autre, on retirera aspirateur (vide de 5 centimètres cubes) et aiguille. Le vide ainsi obtenu, balaie en quelque sorte le trajet au fur et à mesure de sa course rétrograde. Il empêche le liquide qui resterait sans cela dans l'aiguille d'ensemencer le trajet, on évitera à coup sûr une fistule (possible, si on ne prend pas cette précaution). L'aiguille, une fois enlevée, on exprimera entre les doigts, le trajet et l'orifice cutané et après avoir lavé à l'alcool et à l'éther, on placera dessus un *pansement occlusif et légèrement compressif*.

Ainsi que le dit M. Calvé, la présence du pansement servira à éviter l'infection secondaire au cas où, ce qui se produit quelquefois, une certaine quantité de liquide tendrait à s'écouler par l'orifice cutané, dans les heures qui suivent la ponction. L'emploi des aiguilles de petit calibre rendra au reste cet incident exceptionnel.

D'autres incidents peuvent se produire :

Incidents au cours des ponctions.

En dépit de toutes les précautions, certains incidents peuvent survenir au cours d'une ponction :

1° *La ponction peut être blanche* alors qu'il y a du pus ;

Par suite du mauvais fonctionnement de l'aspirateur, ce qui n'arrivera pas avec un aspirateur en verre ;

Parce qu'on n'est pas encore dans l'abcès ou qu'on l'a traversé de part en part (enfoncer ou retirer l'aiguille jusqu'à ce qu'on ait la sensation d'être avec la pointe dans une cavité). Avec un peu d'habitude, on est averti qu'on est arrivé dans la poche, lorsque, l'aiguille une fois enfoncée plus ou moins profondément suivant le siège du ganglion, on a à vaincre une résistance, due justement à la perforation de la paroi ganglionnaire ;

Parce que tout en étant dans l'abcès, l'extrémité de l'aiguille ou du trocart n'arrive pas au pus. Avec la main gauche, on exercera progressivement une légère compression sur l'adénite de façon à collecter le pus en un endroit. (Avantage de l'aspirateur, il laisse une main libre, surtout manifeste pour les grandes cavités anfractueuses) ;

Par suite d'un grumeau qui obture la lumière du trocart ; si le débouchoir ne suffit pas, on fera une injection de quelques gouttes d'une des deux solu-

tions liquéfiantes et la ponction suivante sera généralement facile ;

2° Il *peut apparaître du sang* au bout de l'aiguille ou dans l'aspirateur.

1° Avant d'être dans l'abcès ganglionnaire et alors il y a une simple déchirure de capillaire. On ne s'en inquiétera pas ;

Ou bien il y a perforation d'un vaisseau, mieux vaut retirer l'aiguille et faire un pansement compressif ;

2° Quand on est dans l'abcès ganglionnaire, dans tous les cas, mieux vaut ne pas insister et faire un pansement légèrement compressif.

Quand faut-il commencer ponctions et injections.

Il est difficile de préciser quand il faut commencer les ponctions et les injections, de dire de combien de jours il faut les espacer.

Autant de malades, autant d'indications, c'est plus par le doigté que par une théorie, qu'il faut régler l'à-propos et l'intervalle de ces interventions. Néanmoins, d'une façon générale, nous croyons que les indications suivantes peuvent en quelque sorte servir de schéma :

1° *Si le ganglion est suppuré.* Ou bien le pus est épais, grumeleux et on aura recours au thymol jusqu'à obtenir la liquéfaction ; ou bien il est teinté de sang, on s'abstiendra alors de toute injection et on fera un pansement compressif après la ponction ; de même si la peau est rouge, tendue, menaçant de céder ; si il est séreux, on s'adressera aux injections d'huile iodoformée.

C'est à cette règle que nous avons obéi ainsi que le montre l'observation suivante :

OBSERVATION XII (Inédite)

(Prise par nous
dans le service de M. le Professeur SPILLMANN.)

M^{lle} D..., 20 ans, domestique à Nancy.

Bonne dentition. Poumons intacts.

Depuis trois mois s'est aperçue de la formation d'une petite grosseur sous-maxillaire qui augmenta progressivement jusqu'à avoir le volume d'un œuf de poule.

D'après ses dires, un médecin aurait fait vers le 15 juin 1910, une série de six injections (sans ponctions), espacées entre elles, de deux à trois jours. (Les renseignements fournis par la malade, nous font croire à des injections d'huile iodoformée).

Le ganglion, dit-elle, ne rétrocéda pas et depuis trois semaines, sur l'avis du même médecin, qui abandonna les injections, le traitement auquel elle était soumise consistait en pansements avec une pommade et en un sirop à prendre.

C'est après ces trois semaines (18 juillet 1910), que nous voyons M^{lle} D..., à l'hôpital.

Elle est affectée d'un ganglion tuberculeux de la grosseur d'un petit œuf de poule ; il n'est pas douloureux, il est mobile et roule sous le doigt.

Nous faisons une première injection d'huile iodoformée (formule de M. Fouchon), le 18 juillet 1910.

Après une ponction blanche, nous en faisons une deuxième, le 22 juillet.

Trois jours après, le ganglion est rouge, tuméfié, il donne à la palpation, une sensation de fluctuation ; une ponction nous donne environ 1 centimètre cube de pus mal lié, ponction que nous faisons suivre de l'injection de quelques gouttes de naphтол camphré glycérimé.

Le 27 juillet, le ganglion est rouge, la peau tendue, fluctuation très nette, douleur. Une ponction nous donne 4 à 5 centimètres cubes d'un pus crémeux jaunâtre. Nous ne faisons pas d'injection étant donnée la rougeur et l'inflammation des téguments.

Le 29 juillet, troisième ponction qui donne un liquide sanguinolent, nous ne faisons pas d'injection. La peau au niveau du ganglion est encore rouge. Le ganglion est moins gros et très peu douloureux. Pansement compressif.

A partir de ce moment, nous ne vîmes plus la malade nous-mêmes. On lui fit six ou sept injections d'huile iodoformée expacées, les premières de deux à trois jours, les suivantes, de cinq à six jours.

En décembre 1910, nous revîmes M^{lle} D..., le ganglion n'était plus perceptible, son état général était bon.

2° *Si le ganglion n'est pas suppuré.* Ou bien il est encore très petit, dur et cède parfois à un traitement général approprié. (C'est ce qui s'est passé pour la malade de l'observation IX, page 119) ; ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, il faut provoquer la suppuration. L'expérience semble montrer, en effet, qu'une tuberculose externe entrée en suppuration est très rarement suivie de localisation dans d'autres organes ou de généralisation ; bien plus que si le sujet antérieurement porteur d'une adénite bacillaire suppurée vient à devenir phthisique, sa tuberculose

pulmonaire a une évolution manifestement ralentie et le plus souvent bénigne.

Pour provoquer la suppuration on s'adressera soit à une des préparations iodoformées (cinq gouttes à trois centimètres cubes) tous les deux à trois jours.

Soit au naphtol camphré (quelques gouttes à un demi-centimètre cube), soit encore au thymol camphré (quelques gouttes à deux centimètres cubes), deux à trois jours suffisent en général pour provoquer la formation du pus qu'on ponctionnera... et on retombe dans le premier cas.

CHAPITRE III

A. — Complications.

Nous avons étudié précédemment les complications qui peuvent se produire spontanément.

Nous envisagerons ici celles qui se produisent à la suite de l'intervention sanglante, celles qui peuvent avoir lieu à la suite du traitement par ponctions et injections. Enfin les fistules feront l'objet de notre étude.

Il ressort de ce que nous avons dit au cours de notre travail que, à vrai dire, il n'y a pas de complications dont telle méthode ait seule l'apanage ; traitement chirurgical, traitement conservateur peuvent être suivis des mêmes complications et la distinction que nous venons de poser, réside moins en une variété bien nette de cas différents qu'en une plus ou moins grande fréquence des mêmes accidents. Indépendamment des cicatrices et des *chéloïdes* (bourgeons charnus rougeâtres qui festonnent trop souvent et d'une

façon si disgracieuse les cicatrices), on les traitera par la radiothérapie ou les cautérisations au nitrate d'argent.

1° Sont surtout l'apanage de la méthode sanglante, les complications suivantes :

Les *auto-inoculations* surtout fréquentes si les ganglions sont suppurés, auto-inoculations qui peuvent se produire par voie lymphatique et surtout par voie sanguine.

Les *localisations bacillaires* à distance.

La formation d'*adénopathies trachéo-bronchiques* contre lesquelles un traitement général intensif seul peut parfois être efficace.

La *tuberculose pulmonaire méningée ou généralisée*.

2° A la suite de ponctions et injections, le pus peut parfois continuer à se former longtemps encore après la dernière injection : les causes de cette persistance dans la formation du pus peuvent être : le frottement d'un col raide, des plaies de voisinage, ou parfois aussi le trop grand nombre d'injections irritantes. Après avoir supprimé la cause du mal, si on le peut, on fera des ponctions le plus rarement possible en se tenant toujours prêt à intervenir chirurgicalement ;

3° Peuvent se produire consécutivement à l'emploi du bistouri et à celui des aiguilles ou trocars.

Une *infection surajoutée*, elle sera l'indice d'un manque d'aseptie. Si l'infection est consécutive à l'extirpation chirurgicale, il faut drainer et faire des pansements antiseptiques.

Si elle est consécutive aux injections et ponctions, dans le cas où il n'y aura ni fièvre, ni mauvais état général, des ponctions souvent répétées pourront suffire ; dans le cas contraire, on essaiera, avant d'inciser, de traiter l'adénite par des procédés conservateurs ; seule l'intensité de l'infection ou l'aggravation des phénomènes généraux justifiera l'incision.

Contrairement à l'avis de certains auteurs qui préconisent la radiothérapie (page 102), mieux vaut, nous semble-t-il, essayer le traitement par ponctions. Surtout associé au traitement marin, il suffit presque toujours. L'extirpation dans le cas de phénomènes généraux graves, agirait plus vite et plus efficacement, la radiothérapie ne servirait ensuite que pour atténuer la difformité et la coloration de la cicatrice.

Dans le cas d'infection surajoutée (nous parlons toujours d'une infection consécutive au traitement conservateur), le pus se reproduit parfois très vite, alors que la peau semble prête à céder. Il faut alors ponctionner souvent et faire des pansements légèrement compressifs à l'eau alcoolisée.

Les fistules enfin, sont surtout fréquentes après intervention chirurgicale :

Elles sont à redouter à cause des cicatrices souvent étendues et difformes qu'elles peuvent entraîner, *à cause de l'élongation du traitement, à cause de la pénétration plus facile des microbes pathogènes venus de l'extérieur.*

Fort heureusement, elles sont relativement rares, surtout si les ganglions ont été soignés à temps et

surtout si l'adénite est traitée par la méthode conservatrice.

Nous rappelons qu'on les évitera le plus généralement en se servant de trocars de petit calibre et en suivant la technique que nous avons préconisé précédemment.

Et cependant, il est des cas où l'on provoque la fistulisation ! ainsi que le montre l'observation suivante :

OBSERVATION XIII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. ANDRIEU, chirurgien-assistant à l'hôpital maritime de Berck).

M^{me} P..., une trentaine d'années, sans profession.

Cou couturé de cicatrices d'adénites datant de l'adolescence.

Adénite carotidienne supérieure droite. 21 ponctions.

La peau étant trop malade au début de la série, elle finit par menacer de s'ulcérer. M. Andrieu fit alors une ouverture ponctiforme au milieu, et vide vigoureusement le ganglion : caséum, sang.

Cicatrisation complète.

La malade aura une cicatrice pas plus large qu'une plaie de trocart, mais la peau ayant été amincie, adhérera aux plans profonds. Et M. Andrieu ajoute, qu'il n'a pu prévenir la fistulisation malgré tous ses soins, puisqu'il l'a provoquée pour éviter l'ulcération large.

C'est, en effet, la seule conduite à tenir devant un cas aussi mauvais que celui de M^{me} P...

Le traitement des fistules comme celui des adénites peut être conservateur ou chirurgical.

Le traitement conservateur consiste en injections modificatrices. On a essayé successivement la vaseline, la lanoline et le naphtol. Ces substances pas plus que le suif essayé ensuite ne donnèrent de bons résultats :

Ce fut ensuite le mélange suivant :

Bougie stéarique.....	3
Naphtol —	1

qui fut abandonné après essais.

Indépendamment de la toxicité du naphtol, ce mélange liquide à 40 degrés et solide à la température du corps était assez pratique. On répétait l'injection tous les deux à trois jours et dès que la fistule était diminuée de calibre, dès qu'elle tendait à se fermer, on s'aidait du nitrate d'argent, le tout suivi d'un pansement compressif. On a recommandé les injections de permanganate de potassium, l'eau oxygénée, la teinture d'iode, le chlorure de zinc. L'essence de thérébentine, malgré la très vive douleur qu'elle provoque, fut aussi employée puis abandonnée.

M. Calot préconise les formules suivantes selon qu'on a à faire à une fistule plus ou moins profonde :

Vaseline.....	5 gr. »
Huile d'olive stérilisée.	5 gr. »
Iodoforme	1 gr. »
Créosote	0 gr. 60
Gaïacol.	0 gr. 30

Ce mélange met cinq minutes à se solidifier pâteusement, il ne doit pas donner de rétention même dans les fistules profondes.

2° Pour les fistules de profondeur moyenne :

Iodoforme..	0 gr. 40
Créosote	0 gr. 03
Gaïacol....	0 gr. 03
Paraffine fusible à 62°	0 gr. 95
Huile d'olive stérilisée.....	5 gr. »

Ce mélange se solidifie à la température du corps ; il peut donc donner des rétentions dans les fistules profondes.

3° Pour les fistules très superficielles, enfin :

Créosote	0 gr. 50
Gaïacol.....	0 gr. 40
Iodoforme	1 gr. »
Huile d'olive stérilisée.....	2 gr. »
Blanc de baleine	2 gr. »
Lanoline	4 gr. »

Ce mélange se solidifie en deux minutes :

Nous avons vu employer la première de ces formules. Les résultats ont été, paraît-il, satisfaisants.

De toute façon il faut surveiller attentivement. S'il ne se forme pas de pus en arrière de l'obstacle, on peut espérer une guérison plus ou moins longue ; s'il se forme du pus en arrière de l'obstacle, la tension profonde augmentera et il faudra recommencer.

Mieux vaut encore s'adresser à un autre traitement ; l'éther iodoformé semble actuellement être la médication de choix. L'éther s'évapore assez vite laissant déposer l'iodoforme finement pulvérisé sur les parois du trajet fistuleux et les guérisons sont nombreuses par ce procédé. La méthode de Beck semble elle aussi donner des résultats satisfaisants dans certains cas (elle consiste, comme on le sait, en

injections de pâtes bismuthées), bien qu'elle ait été vivement attaquée.

Dans ces dernières années, en effet, les annales médicales renferment une série de cas d'intoxications :

C'est Reich (deTuligen), qui cite seize cas d'intoxication, dont sept mortels ; c'est Matsuoka, qui cite trois nouveaux cas, dont deux suivis de mort.

M. de Fourmentraux, au contraire, préconise cette méthode, mais seulement dans le cas de trajets fistuleux très courts.

M. Aubourg conclut que l'emploi des pâtes bismuthées, en radiographiant après injection, permet seul d'établir un diagnostic certain, surtout dans le cas de fistules anfractueuses, qu'il est curatif au même titre qu'un élément indispensable au diagnostic.

M. Euvrard constate enfin que les injections de Beck donnent surtout de bons résultats quand d'autres substances ont été préalablement essayées ; il en déduit qu'il importe avant toute injection bismuthée de nettoyer et d'antiseptiser le trajet fistuleux. Quoiqu'il en soit cette méthode ne semble pas sans dangers.

Qu'on nous permette tout d'abord de rappeler brièvement les signes d'intoxication, ils se manifestent :

1° Par la coloration livide de la peau (deuxième ou troisième semaine qui suit l'injection) ;

2° Par des phénomènes généraux (nausées, maux de tête, diarrhée), il peut y avoir simultanément un

peu d'albumine et des cylindres d'épithélium rénal dans les urines ;

3° Les ulcérations gingivales s'étendent plus tard, les dents se déchaussent, le malade maigrit et meurt.

Les promoteurs de cette méthode recommandent pour conjurer les accidents : de ne jamais laisser dans l'organisme, une trop grande quantité de pâte bismuthée ; de surveiller attentivement si des symptômes d'intoxication apparaissent, afin de pouvoir à la première alerte, évacuer la pâte. Pour ce faire, il suffira d'injecter de l'huile chaude stérilisée dans la fistule en traitement et de la laisser vingt-quatre heures en place. Avec la pâte, il se forme une émulsion qu'on peut aspirer facilement. Sous aucun prétexte, il ne faut se servir de curette. Après l'emploi de bismuth et si on redoute une intoxication, la curette ouvrirait des voies d'absorption, d'où aggravation des phénomènes toxiques.

Les accidents se font rares en suivant cette règle de conduite et les statistiques semblent encourageantes ; ajoutons que plus la fistule est ancienne, plus ses parois sont épaisses et fibreuses et moins les accidents sont à redouter. On peut dans ce cas, injecter sans danger une pâte à 33 0/0, dans le cas contraire, mieux vaut ne se servir que d'une pâte à 10 0/0.

Si pour le traitement des ganglions, nous avons préconisé surtout le traitement conservateur, *nous recommandons plus volontiers l'usage du bistouri dans le cas de fistules.*

Les fistules, en effet, sont des lésions graves dont

il importe de hâter la guérison justement pour diminuer les chances d'infection.

Leur persistance expose le malade à tous les dangers de cette infection secondaire. Or, le traitement conservateur est long, comme pour l'adénite, il peut durer des mois et mieux vaut employer une thérapeutique plus énergique : c'est-à-dire l'*incision chirurgicale*, elle donne des résultats plus sûrs dans presque tous les cas, et toujours plus rapides.

Elle peut se résumer par ces deux mots : incision et curetage :

1° Dans le cas de *fistule étroite et courte*, aboutissant à un seul ganglion, on peut essayer les injections d'éther iodoformé, mais le plus souvent il y aura des décollements plus ou moins étendus, d'autres ganglions seront atteints. L'incision et le curetage seront alors nécessaires après dilatation de la fistule.

2° Si la cavité ganglionnaire est largement ouverte à l'extérieur par une *fistule béante* renfermant de nombreux débris de nécrose, le curetage du ganglion sera indiqué ; on le videra complètement, on l'exprimera jusqu'à sentir les frottements de ses parois ; après lavage à l'alcool, on asséchera avec de la gaze stérile, puis on fera un pansement à plat.

Nous pouvons dire indépendamment de cas assez rares (fistules très superficielles qu'on est en droit d'espérer guérir avec l'éther iodoformé), la méthode de choix est l'intervention chirurgicale précédée d'atouchements au nitrate d'argent si il y a des bourgeons charnus qui obturent partiellement ou en tota-

lité la lumière du trajet fistuleux. Dans tous les cas on se trouvera bien d'employer consécutivement la radiothérapie.

B. — Pronostic

(ENVISAGÉ AU POINT DE VUE DES RÉSULTATS
DU TRAITEMENT).

Le pronostic varie suivant le traitement employé, et s'il nous semble relativement favorable après une thérapeutique conservatrice qui aura été efficace (nous avons vu que c'est la méthode de choix), il nous paraît, au contraire, plus à réserver après intervention chirurgicale et dans tous les cas plus le traitement général aura été long, plus il aura été rigoureusement suivi (cure climatérique et cure marine, bonne hygiène, alimentation abondante), et mieux le sujet considéré sera armé contre toute atteinte ultérieure de bacillose ganglionnaire et d'extension tuberculeuse.

CONCLUSIONS

L'adénite tuberculeuse du cou est surtout fréquente chez les sujets jeunes et plus chez la femme que chez l'homme.

Infectés par le bacille de Koch ou ses toxines, les ganglions carotidiens subissent les mêmes transformations anatomo-pathologiques que les autres organes lorsqu'ils sont frappés de bacillose.

L'évolution clinique est celle de toute tuberculose lente et progressive avec parfois des poussées aiguës. Son aboutissant est la suppuration, puis la fistulisation avec ses conséquences toujours redoutables ; il importe donc d'instituer le plus tôt possible un traitement énergique.

Or, l'adénite tuberculeuse du cou est une maladie générale à localisation spéciale, c'est assez dire que le traitement général n'est pas négligeable, bien au contraire il est indispensable et consistera avant tout en une hygiène appropriée et sauf quelques exceptions, il comprendra la cure thermale et surtout la **cure marine**.

D'autre part, il faut instituer un traitement local ; il n'en existe pas un seul, mais plusieurs suivant le cas considéré, cependant étant donné les risques plus nombreux que fait courir l'intervention sanglante (risques de récédive et de généralisation), étant donné les cicatrices indélébiles et souvent si disgracieuses, véritables tares aux yeux du monde, que laisse presque toujours le bistouri, étant donné l'immunisation contre toute atteinte de la bacillose qui semble conférer une tuberculose externe qui a suppuré, le traitement de choix sera la méthode conservatrice et plus particulièrement les ponctions et injections modificatrices.

Le pronostic, enfin, toujours à réserver, variera suivant le nombre de ganglions atteints, la forme clinique, l'état général du malade et le traitement.

VU :

Nancy, le 12 novembre 1911.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
P. SPILLMANN.

VU :

Nancy, le 13 novembre 1911.

LE DOYEN,
GROSS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 15 novembre 1911.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
CH. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD. — Diagnostic précoce de la tuberc. (Congrès de la tuberc., 1909.)
- ARLOING et DUMAREST. — Contribution à l'étude du trait spécifique de la bacillose. (Revue de la tuberc., juin 1909.)
- AUCLAIR (J.). — La tuberc. est-elle une maladie de déchéance ? (Bul. méd. Paris, 1906.)
- BABÈS. — Pénétration du bac. tuberc. par la peau intacte. (Presse méd., 15 juin 1907.)
- BABOU. — Trait. méd. des adénites chroniques non suppurées. (Méd. mod., Paris, 1906, t. XVII, p. 169.)
- BARBIER (P.) et DIEUPORT. — Trait. de l'adénite par la tuberculine. (Rev. intern. de la tuberc., 1906.)
- BATUT. — Nouvelle contribution à l'étude des adénopats. (Bul. soc. méd. chir. de la Drôme, Valence, 1910.)
- BAYLAC. — Recherches sur la toxicité du naphthol camphré. (Bul. soc. méd. de Toulouse, juillet 1898.)
- BERGER et BESANÇON. — Tuberc. ganglionn. pseudo-lymphadénique. (C. R. Bul. Acad. de médecine, 1899.)
- BERNART (E.). — De la tuberc. congén. chez l'homme. (Thèse Montpellier, 1908.)
- BERNHEIM (S.). — Les portes d'entrée de la tuberc. (Rev. intern. de la tuberc., Paris, 1908.)

BERGONIÉ. — Sur l'action nettement favorable des rayons X dans les adén. tuberc. (Journal de méd. de Bordeaux, 1905, n° 47.)

BERCHON. — Du trait. des adén. tuberc. du cou. (Paris, 1894.)

BENOIT. — Trait. des tumeurs blanches du genou par les injections modificatrices (Paris, 1906.)

BERGER. — Trait. des adénopat. cervic. tuberc. (Assoc. franç. de chir., Paris, 1901.)

BELLEMANIÈRE. — Etude de la photothérapie dans l'adén. et l'arthrit. tuberc. (Paris, 1904.)

BIER. — Sur un nouveau trait. de la tuberc. chir. (Acad. de méd., 10 juin 1902.)

— Nouvelle communication sur le trait. de la tuberc. chir. par la stase congestive. (Arch. clin. de chir., 1894.)

BOUET. — Trait. des abcès tuberc. par le naphthol camphré. (Paris, 1895.)

BOUVET. — Les adénopat. chir. tuberc. (Paris, 1900.)

BONNEFOUS. — Contribut. à l'étude de la radiothérapie dans les adénop. superficielles. (Bordeaux, 1907.)

BOURRIER. — Tumeurs blanches multiples traitées par des injections intra-artic. d'huile iodoformée. (Journ. de méd. de Bordeaux, 1890.)

BLAIZOT. — Trait. des tuberc. chir. par les inject. médicam. (Paris, 1890.)

BOECKEL. — Trait. des adén. tuberc. (Congrès de chir., 1901.)

BROCA. — Trait. des adén. tuberc. (Congrès de chir., 1901.)

BRISSAUD. — Etude sur les tuberc. locales. (Arch. générales de méd., 1880, t. II.)

CALVÉ. — Trait. des abcès froids tuberc. d'orig. osseuse par la méth. conserv., 1910.)

CALOT. — Accident par le naphthol camphré. (Soc. de chir., 1893.)

— Congrès de chir. (1898-1901.)

— Maladies qu'on soigne à Berck. (Paris, 1900.)

— L'orthopédie indispensable.

CAZIN. — Influence des bains de mer sur la scrofule. (Paris, 1885.)

CAZIN et HALLION. — Du danger de l'emploi du naphthol camphré. (Sem. méd., 28 décembre 1904.)

CALMETTE (A.). — Les voies normales d'infect. tuberc. (Clin. Bruxelles, 1908.)

CHARMENTON. — Trait. des écrouelles. (Avignon, 1752. Lyon, 1755.)

COLINEAUX. — Contribut. à l'étude des accidents d'intoxic. par le naphthol camphré. (Bordeaux, 1902.)

COYON, FIESSINGER (N.), LASSERRE. — Comment guérit un abcès froid. (Journ. des Prat., 2 octobre 1909.)

COTENEAU. — Adén. d'orig. dentaire. (Paris, 1903.)

CORNIL. — Tuberc. des muqueuses considérée comme porte d'entrée du virus tub. (Congrès de la tuberc., 1888.)

COURNONT (D.) et LESIEUR. — Sur l'orig. périph. de la tuberc. chez le cobaye vivant au milieu de poussières bacillifères. (Soc. de biol., 11 décembre 1909.)

DAVID. — Contribut. à l'étude du trait. des tuberc. par le naphthol camphré. (Paris, 1892.)

DESPLATS (R.). — Du trait. des adén. tuberc. par les rayons X. (Arch. d'élect. méd. de Bordeaux, 1905, p. 626.)

DEANESLY. — Le trait. par le plein air de la tuberc. chir. (Brit. méd. journal 17 octobre 1903.)

DUPEYRAC. — La radiographie dans les adén. (Marseille méd. 1909.)

DUPIN. — Contribut. à l'étude du trait. des tum. blanches par des injections interstit. et intra-artic. d'éther iodoformé. (Gaz. des Hôp. de Toulouse, 1888.)

DUHAMEL. — Trait. des adén. tuberc. du cou. (Paris, 1895.)

DESEQUELLE. — Toxicité du naphthol camphré. (Bull. et mém. de la Soc. de méd. et de chir. prat. de Paris. Séance du 6 novembre 1904.)

- FLEIG. — Les eaux minérales milieux vitaux. Sérothér. artific. et balnéothér. tissulaire par leur inject. dans l'organisme (513 p. in-8°. Paris. Maloine, 1909.)
- FOUCHOU. — Les abcès qui s'éternisent. (Journal des Prat., 1908.)
- FERRON et KROUCHKALL. — Adénite tuberc. traitée par les rayons X. (Gaz. des Hôpit., 1905.)
- GOUZY. — Contribut. à l'étude clinique et expér. du naphtol camphré. (Toulouse, 1897.)
- GUIBERT. — Contribut. à l'étude du trait. des adén. tuberc. (Paris, 1909.)
- GUINARD. — Trait. des adén. par la tuberculine. (Bull. de Soc. des études sur la tuberculose, 11 juillet 1907.)
- Intoxicat. par le naphtol camphré. (Soc. de chir., mai 1904.)
- HAMEL. — Trait. de la tuberc. ganglionn. cervicale. (Gaz. des Hôpit., 9 juillet 1910) (Thèse Paris, 1909.)
- HENDRIC. — De l'adénopathie tuberc. du cou, son trait. par les rayons Röntgen. (Policl. Bruxelles, 1898. 158 à 159.)
- HAUSHALTER. — Considér. sur l'étiologie et la fréquence de la tuberc. infantile. (Congrès des soc. sav. Nancy, avril 1901.)
- HUTINEL. — Les étapes de la tuberc. chez les enfants. (Rev. mens. des malad. de l'enfant. Paris, 1905.)
- JUDET. — Trait. des adén. cervic. tuberc. (Progrès méd. Paris, 6 mars 1909.)
- KAUTOROWICZ. — Trypsine dans les adén. tuberc. (Münch méd. Woch., 13 juillet 1909.)
- KUSS. — Contagion de la tuberc. (Bull. méd. Paris, 1906.)
- LOZE. — Du trait. conservat. dans les adén. tuberc. (Paris, 1905.)
- LASSERRE. — Du trait. des abcès froids par les inject. de naphtol. (Paris, 1889.)

- LÉVY et CLÉMENT. — Adén. cervic chroniques. Revue générale. (Gaz. des Hôpit., 1905, n° 7.)
- LALESQUE. — Quels sont au point de vue de la généralisation de la tuberc. les effets de la cure marine. (Journ. de physioth., 15 mai 1903.)
- LECLERC. — Contrib. à l'étude des adénop. tuberc. du cou : leur trait. par le cacodylate de soude. (Paris, 1901.)
- LEROUX. — La cure marine des tuberc. aux sanats. de Banyuls et de St-Trojan. (Congrès de la tuberc., 1905.)
- LEGROUX. — (Congrès de la tuberc., 1888.)
- LABERNE. — (Thèse Paris, 1908.)
- LEMOINE. — Fréquence de la tuberc. dans l'armée. (Presse méd. Paris, 1909.)
- La première étape de la tuberc. devant le conseil de révision et la commission de réforme. (Bull. méd., 4 janvier 1911.)
- MARIN. — Trait. de cert. affect. tuberc. par le naphtol camphré. (Presse méd. belge. Bruxelles 1910, p. 401.)
- MÉNARD. — Tuberc. infantile. (Octobre et décembre 1903.)
- Note sur la tuberc. ganglionn. du cou au bord de la mer. (Congrès de chir. Paris, 1901, p. 1776.)
- MANSON. — Trait. des adén. tuberc. par extirpation. (Paris, 1895.)
- MORESTIN. — Adén. cervic. tuberc. extirpée par incision esthétique retro-auriculaire. (Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syph., 1907, p. 69.)
- Extirp. par la bouche d'un ganglion tuberc. sous-maxil. (Bull. de la Soc. de chir. des hôpit. de Paris, 1907.)
- MOTY. — Sur les intoxic. par le naphtol camphré. (Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. Séance du 18 mai 1904, p. 563.)
- MARCHANT. — Hygiène de la mer. (P. 6 et 7. Dieppe, 1875.)
- MONTEUNIS. — Les enfants aux bains de mer. (Paris, 1899.)

- MAUGLAIRE. — Trait. des abcès tuberc. (Journ. de méd. de Paris, 10 septembre 1905.)
- MARFAN. — (Sem. méd. 1892.)
- Rachit. et tuberc. (Presse méd., 1910.)
- MOSNY. — La descend. des tuberc. (Revue de la tuberc., 1901.)
- NOVÉ-JOSSERAND. — Tuberc. ganglionn. à forme lymphomateuse. (Journ. de m. int. Paris, 1907.)
- NÉLATON. — Intoxic. par le naphтол camphré. (Bull. et mém. de la Soc. de Paris. Séance du 5 juillet 1893 et sem. méd. 1893, p. 334.)
- LOUDIN et ZIMMERN. — Val. de la radiothér. dans le trait. des adénop. (Gaz. des Hôpit., 2 août 1910, p. 1227.)
- PETIT. — Trait. des tuberc. externes par le naphтол camphré. (Union méd. Paris, 1890, p. 458.)
- PESMES. — Trait. des tuberc. ext. fistulisées. (Paris, 1901.)
- PAULET. — Sur un cas de mort à la suite d'extirpat. des ganglions du cou. (Bull. et Soc. de chir., 1884.)
- POUILLOT. — Contribut. à l'étude de l'emploi du naphтол camphré en chir. (Paris, 1889.)
- PHOCAS. — Val. des inject. des tuberc. locales. (Bull. méd. de Lille, 1890.)
- PRIVAT. — Conduite à tenir devant un ganglion tuberc. (Journ. des Prat., 1908.)
- PERRIER. — Sur les intoxicat. par le naphтол camphré. (Bull. et mém. Soc. de chir. Paris, 18 mai 1904.)
- PIRIC, HEATON, MANDERS. — Trait. des adén. tuberc. par les rayons X. (Soc. royale de méd. de Londres, 1909.)
- PICQUE. — Etude sur le diagnostic et le trait. des tumeurs ganglionn. du cou. (Gaz. des Hôpit., 8 février 1890, n° 17.)
- QUANTIN. — Des injections interstit. de sol. iodoformée dans les tum. blanches. (Bordeaux, 1891.)
- RAILLET. — Portes d'entrée de la tuberc. (Rev. de la tuberc. Paris, 1908.)

- RICHARD. — Extirpat. des ganglions tuberc. non suppurés du cou. (Nancy, 1889.)
- REBOUL. — Héliothérapie dans les affect. chir. tuberc. (Congrès de la tuberc., 1905.)
- REVERDIN. — De l'emploi du naphtol dans les pansements. (Rev. méd. de Genève, 1888.)
- ROBBAS. — Accidents produits par le naphtol camphré en inject. interstit. (Montpellier, 1901.)
- REDARD. — Radiothér. dans les adénopath. tuberc. (Ann. de chir. et orthop., 1906.)
- ROBIN. — Trait. méd. de l'adén. tub. (Bull. méd. Paris, 1907.)
- La tuberc. ganglionn. non ulcérée du cou. (Rev. génér. de clin. et thérap. Paris, 1906.)
- (Gaz. des Hôpit., 1907.)
- ROEDERER. — La radiothérapie dans les tuberc. ganglionn. (Paris, 1906.)
- ROLLIER. — La cure solaire dans la tuberc. chirurg. Recherche scientif. et résultats clin. (Rev. méd. de la Suisse romande, t. XXIV, n° 12, 20 décembre 1909.)
- Statistique de la cure d'altit. et d'héliothér. (Congrès de physiothér. Rome, 1907.)
- Le trait. de la tuberc. chir. à l'altitude. (Congrès de la tuberc., 1905.)
- ROBIN et BINET. — Les éch. des tuberc. et le climat marin. (Congrès de la thalassothér., Biarritz, 1903.)
- REYNIER. — Trait. des diverses manifest. de la tuberc. ext. par l'eau de Salies-de-Béarn et différ. eaux chl.-sodiques. (Congrès intern. de la tuberc., 1905.)
- RISACHER. — Thymol camphré. (Paris, 1907.)
- ROUX et JOSSEMAND. — De la val. de la micropolyadénie superf. dans la tuberc. latente. (Pédiatrie prat. Lille, 1907.)
- SOUBEYRAN. — Le permanganate de potasse dans le trait. de la tuberc. chir. (Bull. de thérap., 15 mai 1903.)

- Les adén. tuberc. et leur trait. (Consult. méd. franç., juin 1910.)
- SIEGEL. — Trait. des adén. cervic. tuberc. (Presse méd. Paris, 1905.)
- STARK. — Ganglions en rapport avec dents cariées. (Beitz. Klin. chir., 1896, XIII, I.)
- SEBILEAU. — Trait. méd. des adén. tuberc.
- SPILLMANN et HAUSHALTER. — Précis de diagnostic médical.
- TILLAUX. — Anatomie topogr.
- TURETTES. — Contribut. à l'étude du trait. des tuberc. ext. suppurées. (Paris, 1910.)
- URHY. — Une année de trait. de la tuberc. par le sérum de Marmoreck. (Rev. méd. 1908, n° 2.)
- VANDERTS. — Du trait. des abcès tuberc. par le bleu de méthylène. (Journ. des Prat., 24 mars 1904.)
- VILLEMIN. — Trait. chir. des adénop. tuberc. (Bull. de la Soc. d'études sur la tuberc., 1907.)
- VAN MERRIS. — La scrofule et les bains de mer 1886.
- VERNEUIL. — Des inject. d'éther iodoformé. (Congrès franç. de chir., mai 1885.)
- WEEKERS. — Scrofulose et tuberculose. (Belg. méd. Gand, 1909.)
- XECH. — Du trait. des abcès froids par l'éther iodoformé et le naphtol camphré. (Toulouse, 1902.)
-

TABLE DES MATIERES

	PAGES
AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — Définition.....	13
Quelques mots d'anatomie topographique	13
Anatomie pathologique.....	15
Modes d'infection. — Etiologie.....	18
Etude clinique.....	23
Diagnostic différentiel	27
Evolution, marche et terminaison.....	34
Pronostic.....	36
CHAPITRE II.....	41
A. — Traitement général.....	41
Médications diverses.....	41
Injections intra tissulaires de différentes eaux minérales	43
Sérums divers.....	43
Tuberculine.....	44
Règle de conduite.....	46
Cure thermique :	
{ Eaux chlorurées sodiques bromo-	
{ iodurée	60
{ Eaux chlorurées sodiques ammonia-	
{ cales	62
{ Eaux sulfurées sodiques chaudes...	63
{ Eaux chlorurées sodiques de Bour-	
{ boule.....	64
Cure marine.....	64

B. — Traitement local.....	72
I. — Méthode sanglante.....	74
II. — Méthode conservatrice	91
1° Applications médicamenteuses	91
2° Agents physiques et chimiques	92
3° Action du calomel sur la périadénite	104
4° Injections et ponctions	108
a) Surfaces à injecter: { Iodoforme.....	110
{ Naphtol et thymol camphrés	110
b) Effet des injections.....	123
c) Comment faire les ponctions.....	125
d) Matériel nécessaire.....	127
e) Incidents au cours des ponctions.....	135
f) Quand commencer ponctions et injections.....	136
CHAPITRE III.....	140
A. — Complications consécutives au traitement	140
Fistules	142
B. — Pronostic envisagé au point de vue des résultats du traitement	149
CONCLUSIONS	150

TABLE DES OBSERVATIONS

	PAGES
OBSERVATION I	30
» II	71
» III	75
» IV	82
» V	105
» VI	112
» VII	114
» VIII	118
» IX	119
» X	124
» XI	125
» XII	137
» XIII	143

TABLE DES GRAVURES

	PAGES
PLANCHE I	16
» II	84
» III	120
» IV	132

